

## ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, ПОСТРАДАВШИХ ОТ НАСИЛИЯ ПО ПРИЗНАКУ ПОЛА

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

**Изучена психопатологическая феноменология невротических расстройств у женщин, пострадавших от насилия по признаку пола. Разработана и применена на практике комплексная система психотерапии таких пациенток и членов их семей. Внедрение психокоррекционного курса позволило восстановить у супругов и пар сексуальных партнеров семейную и социально-психологическую адаптацию, провести профилактику формирования невротических расстройств у пострадавших от насилия.**

*Ключевые слова: женщины, пострадавшие от насилия по признаку пола, невротические расстройства, психотерапия.*

На современном этапе в Украине становятся все более необходимыми имплементация и реализация модели медико-социальной и психотерапевтической помощи женщинам, пострадавшим от домашнего насилия и от насилия по признаку пола. По данным Института демографии и социальных исследований Украины (2017), ежегодно более 1,1 млн женщин подвергаются физическому и сексуальному домашнему насилию, а также насилию по признаку пола [1]. Согласно Закону Украины «Про запобігання та протидію домашньому насильству»: «сексуальне насильство — форма домашнього насильства, що включає будь-які діяння сексуального характеру, вчинені стосовно повнолітньої особи без її згоди або стосовно дитини незалежно від її згоди, або в присутності дитини, примушування до акту сексуального характеру з третьою особою, а також інші правопорушення проти статевої свободи чи статевої недоторканності особи, у тому числі вчинені стосовно дитини або в її присутності» [2], однако к термину «насилие по признаку пола» также относится принуждение к браку или аборт. Актуальность психотерапевтической помощи женщинам и девушкам, пострадавшим от насилия по признаку пола, возросла в течение последних шести лет в связи с боевыми действиями на востоке Украины. Данный вид насилия имеет различные формы, но их следствием всегда были длительная психологическая и социальная дезадаптация женщины, серьезный ущерб для ее соматического, психического и репродуктивного здоровья, стойкое снижение качества жизни не только пострадавшей, но и членов ее семьи, зачастую детей и пожилых лиц [3, 4].

Проблема оказания комплексной медико-психологической помощи женщинам существует не только в Украине, но и странах Европейского союза. Согласно результатам исследований, 22 %

женщин подвергались физическому или сексуальному насилию со стороны партнера. Только 33 % пострадавших от физического и/или сексуального насилия со стороны партнера и 26 % — от физического и/или сексуального насилия лица, не являющегося партнером, обратились за помощью в полицию, к врачу, в шелтер для женщин, что свидетельствует о том, насколько высок процент скрытого, латентного насилия среди женского населения [3, 4]. Исследование ОБСЕ по проблеме благосостояния и безопасности женщин, которое проводилось с 2014 по 2018 г., основывалось на методологии изучения вопросов, касающихся насилия в отношении женщин, осуществленного агентством Европейского союза по основным правам. Данное исследование включало в себя установление распространенности насилия относительно женщин в условиях вооруженного столкновения в стране и углубленное понимание того, как оно связано с такими конфликтами.

В Украине согласно данным шелтеров для пострадавших от домашнего насилия и мобильных бригад социально-психологической помощи к агрессии против женщин приводит комплекс факторов, обусловленных особенностями личности и поведения мужчин в семье; усвоенный и вновь реализованный сценарий взаимоотношений и ролей в родительской семье как «социальная эстафета» насильственных действий, где чаще отец проявлял насилие по отношению к матери или же он сам страдал в детстве от насилия родителей, сексуальных партнеров или буллинга сверстников [1, 4].

Цель нашего исследования — изучить психопатологическую феноменологию невротических расстройств у женщин, пострадавших от насилия по признаку пола, а также разработать и реализовать комплексную систему психотерапии данного контингента пациенток.

С 2010 по 2019 г. нами были обследованы 64 женщины в возрасте 19–53 лет, проживающие в Харькове и Харьковской области, которые пострадали от насилия по признаку пола и у них были выявлены невротические расстройства (основная группа). Из них 28 женщин были замужем, 11 — находились в разводе, 25 — незамужние. У 48 женщин в семье был один или два ребенка. 64% обследованных перенесли сексуальное насилие, 33% — сексуальные домогательства, 3% — принуждение к аборту.

В контрольную группу вошли 20 женщин в возрасте 21–50 лет, пострадавших от насилия по признаку пола, но не имевших невротических расстройств. 14 опрошенных были замужем, 5 — в разводе и 1 — незамужем.

Проведенное экспериментально-психологическое исследование включало следующие методики: тест определения уровня реактивной и личностной тревожности по шкале Спилберга — Ханина; личностный опросник Айзенка по установлению уровня нейротизма; тест Томаса — типы поведения в конфликтной ситуации; шкалу депрессии Гамильтона; тест дифференциальной самооценки функционального состояния САН (самочувствие, активность, настроение) [4].

У женщин, пострадавших от насилия по признаку пола, были выявлены психопатологические изменения личности не только в виде формирования виктимных черт характера, но и повышенной конфликтности, появления симптомов раздражительности, вспыльчивости, неврастения. У 3 (4%) обследованных наблюдались склонность к аутоагрессии (самопорезы) и суицидальные мысли. К «пассивному», апатичному типу реагирования на перенесенное насилие мы отнесли характерологические особенности женщин, которые подчинялись в коммуникации с сексуальным партнером, не могли или не хотели отстаивать собственные интересы и интересы своих детей. У 32 респонденток основной группы сформировалась психологическая аддиктивная зависимость от общения с агрессором, жалость к нему, чувство собственной вины за происходящее насилие по признаку пола. При этом у них неизбежно нарушались коммуникация и конструктивное общение с членами семьи, снижалась самооценка. Вследствие этого пострадавшим женщинам трудно было добиться уважения окружающих, успеха в карьере, завоевать авторитет среди коллег, у них нарастали социальная изоляция и дезадаптация, что выражалось в затруднении общения с родственниками, отсутствии близких друзей. Низкая самооценка, переживание чувства вины и стыда отмечались у 51 пациентки основной группы, 35 обследованных избегали половой жизни, име-

ли множество соматических жалоб и вторичные сексологические расстройства. Для них были характерны постоянная убежденность в собственной неполноценности, невозможности изменить сложную жизненную ситуацию и сформировать новые сценарии коммуникации с мужем или сексуальным партнером.

В основной группе 22 опрошенные женщины высказывали дисморфоманические или дисморфофобические жалобы, сообщали о том, что чувствуют («мое тело изменилось после насилия», «я не чувствую целостности моего тела», «неприятны все проявления сексуальности моего тела»), у них отмечалась боязнь любого общения с мужчинами, неприятие прикосновения к своему телу любого человека. Это обстоятельство следует учитывать при подборе консультантов и врачей по гендерному признаку.

Партнерским отношениям мужчин и женщин, пострадавших от насилия по признаку пола, были характерны такие проявления, как высокая конфликтность, вербальная и невербальная, сексуальная агрессия во взаимоотношениях супругов или партнеров, стремление к девиантным видам полового сценария пары, борьба за доминирующее положение в семье, ригидность в установках и ролях в семье, нарушение личностных границ перенесших насилие.

Типичными моделями поведения агрессора были поступки контроля над действиями, желанием супруги или партнерши, ревность как форма собственности над пострадавшей, неоправданные ожидания в браке от представлений об «идеальной» жене, упорное стремление изолировать ее от социального окружения (родителей, друзей, коллег), обвинения женщины в собственных неудачах и проблемах.

На выбор модели поведения женщины после перенесенного насилия по признаку пола и домашнего насилия влияли неверно усвоенные социальные установки и представления относительно семьи и брака (необходимость жертвовать своими интересами и все терпеть ради детей), развода или разрыва отношений с партнером как признака поражения и вины женщины, заблуждение, что насилие присутствует во всех семьях, ложная жалость к агрессорам, убеждение, что нельзя выносить сор из избы, зачастую усвоенные девушкой в родительской семье.

Анализ показателей проведенного нами в основной группе экспериментально-психологического исследования с помощью теста Айзенка показал, что у этих женщин чаще диагностировались высокий ( $46,12 \pm 3,92\%$ ) и средний ( $32,07 \pm 6,78\%$  ( $p < 0,001$ )) уровни нейротизма, низкие показатели настроения ( $11,61 \pm 5,02\%$ ) ( $p < 0,001$ ),

Таблица 1

**Распределение уровней нейротизма у женщин с невротическими расстройствами, перенесших насилие по признаку пола, в % (согласно данным теста Айзенка)**

Уровень нейротизма	Основная группа, n = 64	Контрольная группа, n = 20
Низкий	11,61±5,02	38,71±5,71
Средний	32,07±6,78	45,91±7,61
Высокий	46,12±3,92	15,38±5,48
Очень высокий	10,20±2,01	—

Таблица 2

**Распределение пациенток основной группы по нозологической принадлежности**

Нозологические формы (по МКБ-10)	Основная группа	
	абс. ч.	%±m
Неврастения (F48.0)	16	25,00±1,73
Тревожно-фобическое расстройство (F 40.8)	14	21,88±1,31
Соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3)	8	12,50±1,73
Расстройства адаптации (F43.2)	7	10,94±1,79
Смешанное тревожное и депрессивное расстройство (F41.2)	6	9,37±3,12
Острая реакция на стресс (F43.0)	6	9,38±1,59
Депрессивное расстройство (F32.0)	4	6,25±2,79
Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1).	3	4,68±3,79

очень высокий уровень нейротизма отмечен в 10,20±2,01 % случаев (табл. 1).

Средний уровень нейротизма зафиксирован у большинства женщин контрольной группы (45,91±7,61 %), низкий — у 38,71±5,71 %, при этом среди них не наблюдалось случаев с очень высоким уровнем нейротизма.

По шкале Спилбергера — Ханина у обследованных основной группы была определена высокая реактивная (+35,51 %) и высокая личностная (+46,73 %) ( $p < 0,001$ ) тревога, а также умеренная личностная тревожность (32,54±2,19 %). При этом в контрольной группе у женщин отмечалась преимущественно умеренная реактивная тревога (52,15 %) и низкая личностная тревожность (46,63 %) ( $p < 0,001$ ).

Анализ результатов исследования депрессии с помощью шкалы Гамильтона свидетельствует

о том, что у 15 (23 %) пациенток основной группы присутствовали признаки умеренной депрессии, а у 4 (6 %) — выраженные депрессивные расстройства. Симптомов и признаков тяжелой депрессии не выявлено.

В результате клинико-психопатологического исследования невротических расстройств у женщин основной группы было установлено, что у 25,00±1,73 % из них отмечается неврастенический синдром (F48.0 по МКБ-10), в 21,88±1,31 % случаев — тревожно-фобическое расстройство, в 12,50±1,73 % — соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3) преимущественно с нарушениями функций сердечно-сосудистой, дыхательной, мочеполовой систем, в 10,94±1,79 % — расстройства адаптации (F43.2). У 9,37±3,12 % обследованных проявлялась дезадаптация в виде смешанного тревожного и депрессивного расстройства, у 9,38±1,59 % — острой реакции на стресс (F43.0), у 6,25±2,79 % — депрессивного синдрома, у 4,68±3,79 % — посттравматического стрессового расстройства (F43.1). В 29,0 % случаев диагностировался сочетанный диссомнический синдром (F51.0) (табл. 2).

Для формирования симптомокомплекса невротических расстройств большое значение имели такие факторы, как содержание психологической и сексуальной травмы перенесенного случая или рецидивов насилия по признаку пола, принуждение к аборту, массивность повреждающего действия психотравмы на личность пострадавшей женщины, ее соматическое и репродуктивное здоровье, длительность по времени психотравмирующих факторов и частота сексуального насилия. У 5 (8 %) женщин основной группы и 9 (45 %) — контроля были проблемы, связанные с близкими людьми, включая семейные обстоятельства (Z.63).

Основные принципы психотерапии женщин, пострадавших от насилия по признаку пола, и членов их семей соответствовали этапности, комплексности, последовательности, приемственности в течение всего курса оказания помощи [6–8]. Комплекс психотерапии невротических расстройств у данного контингента пациенток включал методы психологического консультирования, семейной, личностно-ориентированной, индивидуальной и когнитивно-бихевиоральной, гипносуггестивной психотерапии, аутогенную тренировку. Психологическое консультирование, системная семейная психотерапия, рациональная и когнитивно-бихевиоральная, позитивная психотерапия по Н. Пезешкиану [8–12] оказались достаточно эффективными. Экстренное психологическое консультирование пострадавших лиц было направлено на оценку психотравмирующей ситуации и формирование новых адаптивных

представлений об отношениях в семье и с сексуальным партнером, выработку адекватных форм реагирования и поведения в коммуникативных сценариях с партнером, психопрофилактику появления виктимных черт личности.

Психологическое консультирование предусматривало разрешение труднейшей жизненной ситуации пострадавшей женщины через приобретение ею самоконтроля, управления своим телом и поведением, четкого определения актуальных жизненных проблем, создание условий для выражения своего настроения и контроля над сильными эмоциями. Зачастую в процессе психологического консультирования у пациенток актуализировались эмоциональные переживания в виде стойкого снижения настроения, пароксизмальной тревоги, апатии, депрессивных реакций, раздражительности и стыда. В то же время характерными защитными реакциями опрошенных были блокирование переживаний и выражения эмоций, отказ от деятельности, застревание и ригидность на одном процессе реагирования — горя или печали, чувства вины и стыда за произошедшее с ней, навязчивые воспоминания, мысли о психотравме и семейном конфликте, негативизм по отношению к сексуальной жизни, снижение либидо.

В фокусе семейной психотерапии были возможности адаптации членов семьи, привлечение женщин и ее родственников к выражению своих эмоций и переживаний, акцентирование на сильных качествах личности, формирование новых возможностей коммуникации сексуальных партнеров, анализ перспектив, планов семьи, профилактика рецидивов насилия по признаку пола, контроль агрессивного поведения членов семьи, границы допустимых сексуальных норм пары. Важное значение имело суппортивное социальное окружение близких друзей, родственников, коллег, благодаря которому пострадавшая с невротическими расстройствами могла справиться с тяжелыми переживаниями. Однако нами было отмечена большая эффективность проведения психотерапии обоих супругов или сексуальных партнеров (21 пара основной группы), когда партнер с агрессивными тенденциями в поведении активно включался в работу и был лично мотивирован в психокоррекционной помощи, осуществлялись ролевые тренинги полоролевого поведения и супружеской адаптации.

Комплекс семейной психотерапии и терапии в парах планировался поэтапно. На начальном этапе были сформированы позитивное отношение к психотерапевтическому процессу у членов семьи или пары сексуальных партнеров, мотивация для участия у обоих сексуальных партнеров, оговаривались правила и сеттинг семейной психотерапии.

На этапе диагностики семейных и партнерских отношений определялся дисгармоничный тип, устанавливались причинно-следственные связи между психологическими особенностями и реакциями членов семьи или в партнерских отношениях, определялись нарушенные функции семьи, которые нуждались в реконструкции. На основном этапе реконструкции семейных ролей анализировались семейные границы, роли, мысли, переживания обоих супругов или сексуальных партнеров. Методика ролевого тренинга, «обмен ролями», помогала восстановить и увеличить доверие членов семьи, выявить скрытые межличностные конфликты. Строились новые конструктивные трансакции и коммуникативные навыки сексуальной пары. Использовалась обратная связь для того, чтобы супруги научились слушать и чувствовать друг друга, учитывать интересы друг друга и не нарушать личностные границы. На поддерживающем этапе проводились анализ перспектив, составление планов семьи, профилактика рецидивов домашнего насилия. В психотерапевтическом процессе консультанту важно было соблюдать эмпатию, нейтральность, тактичность, конфиденциальность, толерантность, выражать только то отношение, которое помогает супругам или сексуальным партнерам проявить открытость и ощутить себя в безопасности, овладеть самоконтролем. Специалисту, осуществляющему психотерапевтические сеансы супругов после случая насилия по признаку пола, необходимо было проходить супервизию для профилактики синдрома выгорания.

В результате проведенной психотерапии и психокоррекции у 86% пациенток редуцировались симптомы невротических и соматоформных расстройств, у них отмечались улучшение самочувствия, повышение самооценки, появление уверенности в себе. Психологический климат улучшился в 21 семье, супружеской или партнерской адаптации достигла 51 женщина. В анамнезе в течение трех лет рецидивы насилия по признаку пола над женщинами повторились только в четырех семьях, в которых супруги имели аддиктивную форму поведения.

Таким образом, комплексный интегративный подход к психотерапии женщин, пострадавших от насилия по признаку пола, эффективен и требует реализации в системе медико-социальной и психологической помощи семьям, молодым супругам и тем, кто планирует рождение ребенка. Разработанный нами курс психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий позволил восстановить у супругов и пар сексуальных партнеров семейную и социально-психологическую адаптацию, осуществить вторичную психопрофилактику формирования невротических расстройств.

Психотерапевтическая помощь не только пострадавшим от насилия, но и агрессорам, улучшение социально-экономических показателей семей будут способствовать снижению роста домашнего и других видов насилия и улучшению качества жизни супругов, уменьшению риска развития невротических расстройств у женщин, подвергшихся насилию по признаку пола.

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. Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» від 07.12.2017 № 2229-VIII. — URL: [rada.gov.ua/2229-19#n6](http://rada.gov.ua/2229-19#n6)
3. 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>
4. Борьба с насилием в отношении женщин в регионе ОБСЕ: очерк о ситуации в регионе, передовом опыте и пути развития; под ред. Дженни Ларсен / Секретариат ОБСЕ., ОГС.— Гендерная секция, 2017.— 48 с.
5. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика: методики и тесты / Д. Я. Райгородский.— М.: Бахрах-М, 2011.— 672 с.
6. Бенеш Л. Психологическая характеристика мужского насилия / Л. Бенеш // Вестн. психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы.— 1995.— № 3.— С. 68–70.
7. Дмитриева Т. Б. Общие принципы оценки опасности лиц с психической патологией и предупреждения общественно опасных действий / Т. Б. Дмитриева, Б. В. Шостакович // Агрессия и психическое здоровье.— СПб.: Юридический центр «Пресс», 2002.— С. 394–400.
8. Насилие в семье: особенности психологической реабилитации; под ред. Н. М. Платоновой, Ю. П. Платонова.— СПб.: Речь, 2004.— 154 с.
9. 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.
10. Кришталь В. В. Сексология / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян.— М.: ПЕР СЕ, 2002.— 879 с.
11. Blacklock N. Domestic violence: perpetrators, the community and its institutions / N. Blacklock // Advances in Psychiatric Treatment.— 2001.— № 7.— P. 65–72.
12. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия: пер. с нем. / Н. Пезешкиан.— М.: Медицина, 1996.— 464 с.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПІЇ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК,  
ЩО ПОСТРАЖДАЛИ ВІД НАСИЛЬСТВА ЗА ОЗНАКОЮ СТАТІ

I. В. РОМАНОВА

**Вивчено психопатологічну феноменологію невротичних розладів у жінок, які постраждали від насильства за ознакою статі. Розроблено і використано на практиці комплексну систему психотерапії таких пацієнток та членів їхніх родин. Впровадження психокорекційного курсу дало змогу відновити у подружжів і пар сексуальних партнерів сімейну та соціально-психологічну адаптацію, провести профілактику формування невротичних розладів у потерпілих від насильства.**

*Ключові слова:* жінки, що постраждали від насильства за ознакою статі, невротичні розлади, психотерапія.

PECULIARITIES OF PSYCHOTHERAPY OF NEUROTIC DISORDERS  
IN WOMEN AFFECTED BY GENDER VIOLENCE

I. V. ROMANOVA

**Psychopathological phenomenology of neurotic disorders in women affected by gender-based violence has been studied. A comprehensive system of psychotherapy for such patients and their families has been developed and applied. The introduction into practice of a psycho-correction course made it possible to restore the family and social-psychological adaptation to spouses and couples of sexual partners, and to prevent the formation of neurotic disorders in the violence victims.**

*Key words:* women affected by gender-based violence, neurotic disorders, psychotherapy.

Поступила 27.05.2019