

В.В.Сорока, С.Я.Беро

## ПСИХОТЕРАПИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕЖИВШИХ НАСИЛИЕ В СЕМЬЕ

Областная клиническая психоневрологическая больница-Медико-Психологический Центр, г. Донецк

**Ключевые слова:** невротические расстройства, женщины, пережившие насилие в семье, психотерапия

Насилие в семье является одной из основных социальных и медицинских проблем. Она существует во всех странах, независимо от социальных, экономических, культурных и религиозных ценностей. Исследования Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) по вопросам народонаселения во всем мире выявили, что от 10 до 69% женщин подвергались физическому насилию со стороны интимного партнера в какой-то момент своей жизни [7].

Помимо физического, психологическое насилие, также оказывает специфическое психотравмирующее действие и нередко приводит к возникновению у женщин разнообразных по глубине и продолжительности психогенных расстройств.

Частота и многообразие психогенных состояний у женщин, переживших насилие, а также о влиянии возрастного фактора на клинические проявления указывается в многочисленных исследованиях [2; 4; 5; 6].

Отсутствие детализированной и хорошо отлаженной системы профессиональной подготовки психотерапевтов, работающих с женщинами, подвергшимися насилию, недостаточность научно-методической базы вынуждают врача действовать самостоятельно, на свой страх и риск. При этом далеко не всегда психотерапевт планирует вмешательство с учетом динамики развития невротического расстройства.

Совместно с Областной Госадминистрацией, управлением по делам семьи и гендерному равенству ОКПНБ-МПЦ г. Донецка реализует программу по оказанию комплексного лечения женщинам, пережившим насилие в семье.

Целью исследования явилось изучение влияния семейного насилия на психическое состояние женщин, их личностно-

характерологические особенности, способы совладания со стрессовыми ситуациями для оказания эффективной психотерапевтической помощи.

### Материалы и методы

Было обследовано 30 женщин, подвергавшихся насилию в семье и обратившихся за специализированной помощью в Областную клиническую психоневрологическую больницу - Медико-Психологический Центр.

В группе значительно преобладали лица работоспособного возраста (20-45 лет). В возрасте 20-22 лет было 6 человек (20%), 23-30 – 8 (26,7%), 31-40 – 12 человек (40%), старше 40 лет – 4 человека (13,3%).

Тщательный сбор анамнеза заболевания, психологического анамнеза позволяли выявить и оценить ситуацию семейного насилия.

Методами исследования являлись: клинико-психопатологический, психологический, статистический.

Использовались следующие шкалы:

"Шкалы оценки влияния травматического события" (Impact of Event Scale-R-IES-R); «Опросник депрессивности Бека» (Beck Depression Inventory – BDI); "Шкала тревожности Тейлора" (Taylor Manifest Anxiety Scale).

### Результаты и обсуждение

Исследование показало, что все женщины находились в состоянии психологического стресса. В начале лечения у всех женщин выявлены легкие и умеренные депрессивные эпизоды.

На прямой вопрос: "связываете ли вы переживаемый стресс с насилием со стороны мужа?" – 17 человек (56,7%) ответили утвердительно. Остальные 13 человек (43,3%) - предпочли объяснить свое состояние «сложностями в семье». Данные рес-

понденты при психологическом исследовании демонстрировали неадаптивные coping-стратегии: отступление – 7 человек, активное избегание – 6 человек.

При детализированном исследовании у всех женщин были обнаружены следующие симптомы:

1. депрессивный фон настроения;
2. разнообразные фобические расстройства;
3. навязчивые воспоминания и мысли о случившемся, которые описывались пациентками как «постоянное прокручивание в голове мыслей о происшедшем», «постоянно анализирую случившееся, хочу найти правильный выход»;

4. разнообразные соматоформные расстройства;

5. нарушения сна, характеризующиеся повторными, кошмарными сновидениями, в которых потерпевшие вновь переживали происшедшие события;

6. снижение доверия к окружающим; избегание разговоров, мест, связанных с психотравмирующей ситуацией;

7. снижение диапазона аффективных реакций, который характеризовался появлением ранее не свойственных пациенткам повышенной раздражительности, вспыльчивости, плаксивости.

Данные обидгатные симптомы, дополнялись симптоматикой приведенной в таблице 1.

Таблица 1

**Частота встречаемости дополнительных симптомов у лиц, подвергнувшихся насилию в семье**

Продолжительность стрессовой ситуации	до 1 года	2-4 года	более 4 лет
Всего человек	13	11	6
Чувство вины	3	8	4
Пессимистические перспективы	2	7	6
Агрессия/месть	10	6	1
Эмоциональная блокада, оцепенение	4	10	5
Парасуицидальное поведение	3	11	6
Суицидальные мысли	4	9	1

Наши наблюдения показывают, что первый опыт насилия в отношениях может быть приобретен как до заключения брака, так и после. Часто насилие со стороны мужа начинается в течение первых шести месяцев совместной жизни.

В результате длительной истории насилия со стороны мужа, можно проследить определенные этапы формирования невротических расстройств у данной категории женщин.

Выявление подобной этапности необходимо для планирования психотерапевтического вмешательства.

*Первый этап* характеризуется уменьшением женщинами имеющегося насилия, рационализацией испытываемых от мужа ограничений («запрещает ходить на работу – хочет, чтобы в доме был уют, больше внимания уделяла детям»; «отдает лишь часть зарплаты – держит на черный день»). Женщины ощущают, что в семье складываются «неправильные» отношения, однако стараются угодить супругу, скры-

вают свою тревогу и озабоченность от окружающих. Женщины живут постоянной надеждой, что «максимально угодив» мужчине, смогут «изменить его отношение».

Психотерапевтической задачей данного этапа является расширение сферы сознания, информированности о видах семейного насилия. Возможно применение техники «сократовского диалога» для демонстрации пациенткам непоследовательности, противоречивости и необоснованности в отношении взглядов на их вторую половину.

*Второй этап* характеризуется нарастанием у женщин амбивалентности. Они испытывают желание что-то изменить и не меняют. Нарастает когнитивный диссонанс между любящим и в то же время оскорбительным поведением мужа. Различные защитные механизмы становятся жизненной необходимостью, с превалированием отрицания.

Амбивалентность проявляется и в принятии решения о дальнейших действиях (табл. 2).

Баланс принятия решений женщинами, переживающими ситуацию семейного насилия

«Минусы» ухода от мужа	«Плюсы» ухода от мужа
Страх остаться одной; Финансовая нестабильность; Страх преследования.	Расширение прав и возможностей (само эффективность, доверие, уважение); Повышение самооценки; Надежда на лучшую жизнь; Собственная безопасность и безопасность детей; Прерывание порочного круга насилия/ограничений.

Задачей психотерапевтической работы на данном этапе заключается в сокращении амбивалентности и уменьшении когнитивного диссонанса путем рассмотрения альтернативных вариантов поведения.

На следующем этапе с каждым актом насилия в свой адрес, женщина все меньше испытывает амбивалентность. Мысли о необходимости оставаться с обидчиком уступают место сильному желанию действовать. Разрабатываются разнообразные планы и стратегии: обращение за юридической помощью; проводится сбор информации о специализированных лечебных центрах, приютов для женщин; ведется поиск другого места жительства. Женщинами рассматривается разнообразнейший спектр мероприятий для обеспечения собственной безопасности.

Психотерапевтическое вмешательство на данном этапе может иметь следующие задачи: усиление ресурсного состояния пациенток; мобилизация адаптивных вариантов копинг-поведения и личностной защиты.

*Четвертый этап.* Перспектива ухода с потенциально опасными последствиями, вызывает у женщин опасения о своей дальнейшей судьбе, но вариант остаться с мужчиной представляется им еще страшнее. Рассмотрев варианты своего поведения, женщины, как правило, выбирают защитные стратегии от дальнейшего насилия. Они активно обращаются за помощью к родственникам (в том числе, родственникам мужа), друзьям, милицию, тем самым, стараясь максимально предать огласке поведение мужчины. К сожалению, даже подобные усилия не всегда приводят к прекращению насильственных действий по отношению к женщине.

Психотерапевтическая задача видится в поиске и закреплении неопробованных пациенткой способов разрешения актуального межличностного конфликта.

*Пятый этап.* Продолжающаяся эмоциональная вовлеченность в диаде «муж-жена», желание сохранить семью, отсутствие жизнеспособных альтернатив, страх мести и преследования, могут приводить к возобновлению прежних отношений с мужчиной.

Цель психотерапевтической работы на данном этапе заключается в предотвращении рецидива отношений и возвращения к лицу, оказывающему насилие.

*Шестой этап.* Все отчетливее женщина замечает, что «высокие чувства» к мужчине остались давно позади. Преодолев «горе по ушедшим счастливым моментам», женщина начинает искать новую линию поведения. При этом более критично оценивает свои силы, поставленные цели.

Психотерапевтическая помощь может быть оказана в поиске ресурсов и возможностей, для борьбы с затянувшейся эмоциональной связью; повышении фрустрационной толерантности.

#### Выводы

Таким образом, женщины с проблемой семейного насилия подвержены хроническому стрессу, который негативно влияет на их психическое здоровье, вызывая разнообразные невротические расстройства.

Данные взаимовлияния механизма и уровня конфликта позволили выделить определенные этапы поведения женщин в ситуации семейного насилия, выявить клинико-социальные и семейные паттерны насилия.

Выделение этапности насильственных отношений в семье позволяет психотерапевту разрабатывать и осуществлять четкие задачи для поведенческих, эмоциональных изменений у женщин, переживающих акты насилия.

Данные исследования показывают необходимость и возможность улучшения комплексных лечебных мероприятий с лицами, пережившими насилие в семье.

**Література**

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
2. Домашнее насилие в отношении женщин. Масштабы, характер, представления общества. М.: МАКС Пресс, 2003. - 171 с.
3. Тарабарина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
4. Helfrich, C.A., Fujitara, G.T., Rutkowski-Kmitta, V. *Mental Health Disorders and Functioning of Women in Domestic Violence Shelters.*

*Journal of Interpersonal Violence*, 2008. - №24(4). – P. 437-453.

5. Mechanic, M.B., Weaver, T.L, Resick, P.A. *Mental Health Consequences of Intimate Partner Abuse: A Multidimensional Assessment of Four Different Forms of Abuse, Violence Against Women.* 2008. - №14. - P.634-654.

6. Plichta, S.B. *Interactions Between Victims of Intimate Partner Violence Against Women and the Health Care System: Policy and Practice Implications*, *Trauma, Violence and Abuse.* 2007. - № 8. –P. 226.

7. WHO: *Violence by Intimate Partner.* World Health Organization. - 2002.

**ПСИХОТЕРАПІЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕЖИЛИ НАСИЛЬСТВО В СІМ'Ї**

**В.В.Сорока, С.Я.Беро**

Розглянуто клініка та динаміка невротичних розладів у жінок, які пережили насильство в сім'ї. Виділена етапність насильницьких стосунків у сім'ї дозволяє розробляти та здійснювати чіткі психотерапевтичні завдання.

**Ключові слова:** невротичні розлади, жінки, які пережили насильство в сім'ї, психотерапія

**THE PSYCHOTHERAPY NEUROTIC DISORDERS AMONG WOMEN WHO WERE UNDERGONED OF DOMESTIC VIOLENCE**

**V.V.Soroka, S.Y.Bero**

Considered the clinic and dynamic of neurotic disorders among women who had domestic violence. Commit staging violent relationships in the family to formulate and implement clear psychotherapeutic task.

**Keywords:** neurotic disorders, women who have domestic violence, psychotherapy

УДК 616.89

**Е.Г. Никифорова, М.П. Беро**

**ПСИХОТЕРАПІЯ КОГНИТИВНИХ НАРУШЕНЬ У ШАХТЕРОВ, ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕХНОГЕННИХ АВАРИЙ**

Областная клиническая психоневрологическая больница - Медико-Психологический Центр, г. Донецк

**Ключевые слова:** когнитивные нарушения, тренинг, шахтеры, техногенные аварии

Состояние психического здоровья шахтеров, перенесших техногенные аварии, характеризуется снижением когнитивного функционирования разной степени. Пациенты этой категории испытывают проблемы адаптации, в том числе из-за трудностей

приобретения и осуществления когнитивных навыков в своей повседневной жизни.

В настоящее время существуют различные подходы к определению понятия «когнитивные нарушения», к оценке клинических и прогностических аспектов этого состояния. Чаще всего под этим понятием