

На правах рукописи

**Голуб
Светлана Николаевна**

**КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИЕ, СОЦИАЛЬНО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРЕВЕНТИВНЫЕ АСПЕКТЫ
НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН,
ПОДВЕРГШИХСЯ ДОМАШНЕМУ НАСИЛИЮ**

Специальность: 14.01.06-Психиатрия

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т
д и с с е р т а ц и и**

**на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Томск

2013

Работа выполнена на кафедре психиатрии ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Научный руководитель:

д-р мед. наук, профессор **Ульянов Илья Геннадьевич**
ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный
медицинский университет» Минздрава России

Официальные оппоненты:

д-р мед. наук, профессор **Куприянова Ирина Евгеньевна**
ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН (Томск)

д-р мед. наук, профессор **Дроздовский Юрий Викентьевич**
ГБОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Минздрава
России

Ведущее учреждение: ГБОУ ВПО «Сибирский государственный медицинский университет» Минздрава России (Томск).

Защита состоится 14 июня 2013 года в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Федеральном государственном бюджетном учреждении «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения Российской академии медицинских наук по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН.

Автореферат разослан 8 мая 2013 г.

Ученый секретарь совета по защите
докторских и кандидатских
диссертаций Д 001.030.01
кандидат медицинских наук

 **О. Э. Перчаткина**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. Домашнее насилие как неперенный атрибут семейной жизни имеет многовековую историю (Поленина С. В., 2000). Согласно историческим данным, насилие между близкими людьми существует столько, сколько существует человечество (Dobash R. E., Dobash R. P., 1983; Pleck E., 2004). В исследованиях российских ученых проблема семейного насилия женщин приобрела особую актуальность и значимость в последние 2—3 десятилетия (Алексеева А. В., 2006; Лохматкина Н. В., 2007; Семке В. Я., Авдеенок Л. Н., 2011). В течение ряда лет большое внимание обращалось на такие аспекты домашнего насилия, как психологический, социальный, судебно-криминалистический, юридический (Смирнова Т. А., 2003; Фролова С. В., 2004; Сабиров Р. Б., 2006; Фурманов И. А., 2006).

В настоящее время весьма актуальной стала медицинская сторона этого сложного феномена, связанная с воздействием семейного насилия на нервно-психическое состояние женщины (Алексеева А. В., 2006; Лохматкина Н. В., 2007; Семке В. Я., 2011). Семейные отношения, как правило, выступают в роли наиболее значимых и важных составляющих для личности, этим и объясняется их ведущая роль в формировании патогенных ситуаций и психических нарушений (Ушаков Г. К., 1987; Семке В. Я., 2003).

Любое насилие над личностью порождает массу отрицательных эмоциональных реакций (Самойлов А., 1991). Невротические расстройства, рассматриваемые как следствие семейного насилия, существенно ухудшают качество жизни женщины (Злобина О. Ю., 2004; Семке В. Я., Куприянова И. Е., 2006; Лохматкина Н. В., 2007). Насилие следует рассматривать как сильнейшее психотравмирующее событие, нарушающее баланс между внутренними адаптационными механизмами и внешним миром (Цыганков Б. Д., Тюнева А. И., Былим А. И., 2006).

В различных регионах России исследовались различные аспекты, посвященные проблеме насилия в целом. Так, например, в Южном федеральном округе проводились исследования по проблеме психических расстройств у жертв сексуального насилия и беженцев (Цыганков Б. Д., Былим А. И., 2006). Учеными в Сибирском регионе исследовалась проблема насилия в семье и изучались его последствия для психического здоровья (Семке В. Я., Авдеенок Л. Н., 2011).

Проблема насилия в семье и его влияние на здоровье женщин исследовалась в Чувашии (Сергеев М. П., Голенков А. В., 2004; Алексеева А. В., Осипова И. М., 2006). В Иркутской области проводились исследования, касающиеся роли психоэмоционального состояния у женщин в механизмах развития соматической патологии при длительном насилии в семье (Злобина О. Ю., 2004). В Санкт-Петербурге исследовалось влияние насилия со стороны семейного партнера на психическое состояние женщины (Лохматкина Н. В., 2007).

В Дальневосточном регионе проводились исследования, касающиеся лишь некоторых факторов, влияющих на проявление домашнего насилия. Исследования были посвящены проблеме дезадаптации моряков и алкогольной зависимости у мужчин (Кравцова Н. А., Белокобыльский Н. Д., Ульянов И. Г., 2004; Бурлака О. П., 2006), но непосредственное выявление фактов домашнего насилия и его последствий для здоровья женщины, а также выявление клинического разнообразия невротических расстройств, возникших вследствие этого, не проводилось. Факторы, способствующие проявлению насилия в семье, в значительной мере связаны с особенностями региона. Одной из таких особенностей в Дальневосточном регионе является происходящая интенсивная миграция населения. Имеют место большой отток русскоязычного населения (до 25 %) и значительный приток граждан разных национальностей, преимущественно с более низким образовательным уровнем. Многие исследователи констатируют повышенную частоту психопатии, психопатоподобных состояний и алкоголизма в популяции частых мигрантов (Ураков И. Г., 1986; Артемьев И. А., 1995).

Другим значимым фактором риска в возникновении домашнего насилия является алкоголизация мужского населения региона (занимающая 2-е место по стране). Среди мужчин в возрасте от 40 до 50 лет каждый второй страдает алкоголизмом (по данным Федеральной Службы Государственной статистики за 2011 г.).

Еще одной характерной особенностью Дальневосточного региона является то, что профессиональная деятельность и быт значительной части населения края тем или иным образом связаны с морем. В настоящее время в связи с охватившим население всей страны социально-экономическим кризисом многие дальневосточники потеряли возможность работы в море, что привело к учащению психологических срывов и, как следствие этого, к конфликтам в семье. С другой стороны, специалисты края давно изу-

чают специфику психических расстройств, профессионального стресса моряков (Белокобыльский Н. Д., Гараничев В. С., Калинин П. П., Ульянов И. Г., Яцков Л. П., 1995; Кравцова Н. А., Белокобыльский Н. Д., Ульянов И. Г., 2004). Таким образом, несмотря на то что многие авторы изучают проблему домашнего насилия и его последствия на здоровье женщин, эта проблема на Дальнем Востоке по-прежнему остается актуальной и недостаточно изученной.

Цель: изучить клинические особенности и динамику формирования невротических расстройств у женщин, подвергшихся домашнему насилию, на примере Дальневосточного региона, и разработать схему превентивных и психотерапевтических мероприятий.

Задачи:

1. Исследовать условия формирования невротических расстройств у женщин, подвергшихся домашнему насилию.
2. Изучить структуру, динамику и клинические особенности невротических расстройств у данной категории женщин.
3. Исследовать психологические особенности взаимоотношений в семейных парах.
4. Предложить комплексную схему терапии невротических расстройств с учетом клинических особенностей их течения.
5. Оценить эффективность разработанной схемы психотерапевтических и профилактических мероприятий у женщин с невротическими расстройствами, возникшими вследствие домашнего насилия.

Научная новизна. Впервые на основе системного подхода проведено исследование влияния домашнего насилия на развитие невротических расстройств у женщин, а также факторов, способствующих их формированию, проведено исследование отношения мужчин и женщин Дальневосточного региона к проблеме домашнего насилия женщин. Впервые изучены клиническая структура, динамика и частота встречаемости клинических вариантов преневротических состояний и невротических расстройств у женщин Дальневосточного региона, подвергшихся домашнему насилию, с учетом психологических особенностей взаимоотношений в семейных парах. Разработана схема превентивных и психотерапевтических мероприятий для женщин, подвергшихся домашнему насилию.

Практическая значимость. Разработаны и внедрены в практику комплексные психодиагностические, превентивные и психотерапевтические мероприятия для женщин, подвергшихся домашнему насилию, с учетом индивидуально-типологических особенностей, являющихся фоном для развития невротических расстройств. Эти мероприятия позволяют как предотвратить развитие, так и лечить уже имеющиеся невротические расстройства у женщин, тем самым значительно улучшить качество их жизни.

Положения, выносимые на защиту:

1. У женщин, подвергшихся домашнему насилию, развиваются преневротические состояния и невротические расстройства.
2. В структуре невротических расстройств у женщин, подвергшихся домашнему насилию, преобладают ПТСР и тревожно-фобические расстройства.
3. Ранняя диагностика признаков насилия женщин со стороны супругов (сожителей) и проведение превентивных мероприятий позволяет предотвратить развитие у женщин невротических расстройств, связанных с семейным насилием.
4. Разработанная комплексная схема психотерапевтических мероприятий у женщин, подвергшихся домашнему насилию, является высокоэффективной на ранних этапах невротических расстройств.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены и обсуждены на научно-практической конференции «Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока. IV Яцковские чтения» совместно со «Вторым Дальневосточным съездом психотерапевтов» (Владивосток, 2010), на VII Дальневосточном региональном Конгрессе «Человек и лекарство» с международным участием (Владивосток, 2010), на XV Съезде психиатров России (Москва, 2010), на научно-практической конференции с международным участием «Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии» (Санкт-Петербург, 2011), на XV Отчетной научной сессии, посвященной 30-летию НИИПЗ СО РАМН (Томск, сентябрь 2011), на конкурсе молодых ученых (Владивосток, апрель 2012), на научно-практической конференции «Психическое здоровье населения Сибири и Дальнего Востока. V Яцковские чтения» (Владивосток, 2012).

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты работы внедрены в клиническую практику Отделения восстановительного лечения Медицинского Объединения Дальневосточного отделения РАН (Владивосток) и используются в педагогическом процессе кафедры психиатрии Тихоокеанского государственного медицинского университета.

Публикации. По теме диссертационной работы опубликовано 16 печатных работ, в том числе 4 – в реферируемых изданиях, включенных в перечень ВАК РФ. Список работ приводится в конце автореферата.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 172 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, 4 глав с результатами собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. В тексте представлено 18 таблиц и 15 рисунков. Список литературы включает 230 источников, из них 164 отечественных авторов и 66 иностранных авторов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материал исследования. Исследование проводилось за период с 2007 по 2012 г. на базе «Медицинского объединения Дальневосточного отделения РАН», ГАУЗ «Краевой клинический центр специализированных видов медицинской помощи», медицинского центра «Счастливая семья». На начальном этапе работы с помощью скрининговых анкет методом случайной выборки было проведено обследование 877 женщин в возрасте от 18 до 60 лет, проживающих в Дальневосточном регионе, из них 345 незамужних женщин и 532 женщины, находящиеся в официальном или гражданском браке. У 532 женщин, находящихся в официальном или гражданском браке, выявлялось наличие признаков насилия. У 345 незамужних женщин исследовалось отношение к возможности принятия ими домашнего насилия.

Каждая женщина перед началом исследования подписывала информированное согласие.

Критериями исключения были: 1) наличие эндогенных нарушений психотического уровня; 2) органические поражения ЦНС; 3) наличие острой соматической патологии.

Из группы женщин с выявленными признаками семейного насилия с учетом критериев исключения для дальнейшего исследования было отобрано 150 женщин (28,2 %).

Средний возраст женщин по всей группе обследуемых (150 чел.) составил $36,7 \pm 11,6$ года при стандартной ошибке среднего 0,9 года, медиане 35,5 года. В официальных семейных отношениях состояли 97 женщин (64,7 %), в гражданских (официально незарегистрированных) браках – 53 женщины (35,3 %).

Для исследования отношения мужского и женского населения Дальневосточного региона к проблеме семейного насилия женщин было проведено скрининговое анкетирование 345 незамужних женщин и 258 мужчин вне зависимости от их семейного положения. Средний возраст незамужних женщин (345 чел.) составил $23,4 \pm 8,3$ года при стандартной ошибке среднего 0,4 года, медиане 21,5 года. Средний возраст мужчин по всей группе обследуемых (258 чел.) составил $25,8 \pm 6,7$ года при стандартной ошибке среднего 0,4 года, медиане 24,5 года, минимальный возраст 18 лет, максимальный – 50 лет. В официальном браке состояли 82 мужчины (31,8 %), в гражданском браке – 31 мужчина (12,0 %), не состояли в отношениях («холостяки») – 145 мужчин (56,2 %).

Методы исследования. Для реализации поставленных в работе цели и задач использовались клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, клиничко-динамический, клиничко-катамнестический и психометрический методы. Для постановки нозологического диагноза использовалась Международная классификация болезней 10-го пересмотра, кластер «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40—F48).

С целью психометрической оценки личностных характеристик использовались тест диагностики реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера (Spielberger C. D., 1972), адаптированный Ю. Л. Ханиным, и тест Цунга (Zung W. W., Kv Durham N. C., 1965) для самооценки депрессии, адаптированный Т. И. Балашовой.

Взаимоотношения в супружеской паре оценивались с помощью теста-опросника «Удовлетворенности браком», разработанного В. В. Столиным, Т. Л. Романовой, Г. П. Бутенко (1984).

Оценка индивидуально-типологических характеристик женщин проводилась с помощью сокращенного варианта стандартизированного многофакторного личностного психодиагностического опросника Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) в компьютерной версии методики MMPI-2 (Butcher J. N., Dahlstrom W. G., Graham J. R., Tellegen A., Kaemmer B., 1989).

Для выявления ранних признаков семейного насилия по отношению к женщине была использована разработанная нами скрининговая анкета, учитывающая различные сферы жизнедеятельности (финансовой, психологической и сексуальной).

Для исследования отношения женщин и мужчин к проблеме насилия женщин в семье использовалась разработанная нами скрининговая анкета, основанная на классификации домашнего насилия женщин, предложенной М. В. Аристовой (2009).

С целью оценки эффективности проводимых психотерапевтических мероприятий использовалась «Шкала оценки эффективности терапии больных в пограничной психиатрии» (Семке В. Я., 1981). Критериями эффективности проводимых психотерапевтических мероприятий была динамика клинических данных и результатов психологического тестирования.

Математическая обработка полученных показателей проводилась методами описательной и вариационной статистики с использованием критериев: критерия χ^2 Пирсона с поправкой Йетса на непрерывность, критерия Манна Уитни, точного критерия Фишера, критерия знаков Фишера, биномиального критерия, при помощи программ «Statistica 7» и «Biostat» (Гланц С. А., 1998; Боровиков В., 2003). Статистическая обработка результатов исследования зависимости уровня насилия в баллах от возраста женщин проводилась на основе метода наименьших квадратов с использованием программы «Statistica 7». Объем выполненных исследований позволял оценить результаты с достоверностью 95—100 %.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате изучения анамнеза, клинической беседы и оценки результатов тестирования были выделены три группы женщин, подвергшихся насилию со стороны супруга (сожителя). Первую группу составили здоровые женщины – 19 чел. (12,6 %). Во вторую группу вошли женщины с преневротическими состояниями – 70 чел. (46,7 %). К третьей группе отнесены женщины с невротическими расстройствами – 61 чел. (40,7 %).

Средний возраст здоровых женщин составил $34,6 \pm 12,3$ года при стандартной ошибке среднего 3,1 года. Средний возраст пациенток с преневротическими состояниями составил $37,6 \pm 11,5$ года при стандартной ошибке среднего 1,2 года, средний возраст у женщин с невротическими расстройствами – $38,2 \pm 10,8$ года при стандартной ошибке среднего 1,5 года.

Распределение женщин по возрасту в структуре клинических групп представлено на рисунке 1.

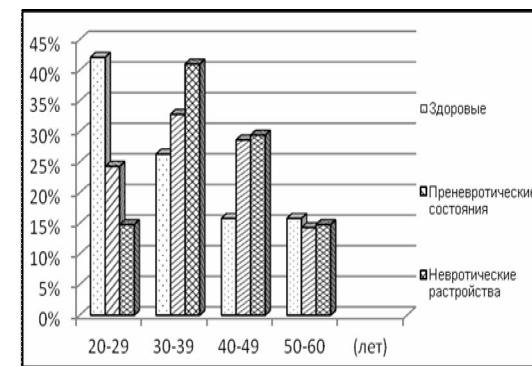


Рис. 1. Распределение женщин по возрасту в структуре клинических групп

С помощью точного критерия Фишера установлено, что частота встречаемости невротических расстройств у женщин, подвергшихся домашнему насилию со стороны супругов (сожителей), статистически значимо выше в возрастной группе 30—39 лет ($p < 0,05$) и составляет 41,0 % (25 чел.).

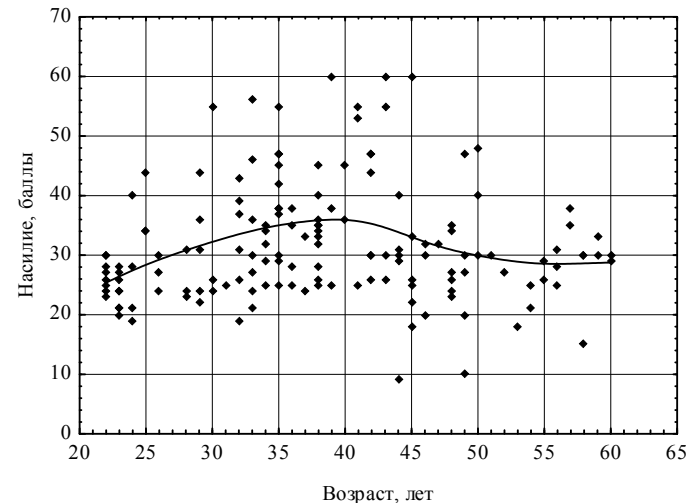


Рис. 2. Диаграмма рассеяния зависимости уровня семейного насилия женщин от возраста женщин

Примечание. Сплошной линией представлена линия тренда, аппроксимация ее проведена по методу наименьших квадратов.

Результаты исследования уровня насилия женщин со стороны семейного партнера в зависимости от их возраста представлены на рисунке 2. Линия тренда, характеризующая основную тенденцию этой зависимости, показана сплошной линией. Из этой зависимости видно, что уровень насилия имеет не монотонный характер, возрастает и достигает наибольших значений в диапазоне 35—40 лет, превышая начальный уровень насилия (в возрасте 22 года) примерно на 40 %. В возрасте 52—60 лет уровень насилия имеет тенденцию к снижению. Из результатов, представленных на рисунке 2, очевидно, что наибольший уровень насилия соответствует возрасту, при котором чаще развиваются преневротические состояния и невротические расстройства.

Социальные характеристики женщин по клиническим группам представлены в таблице 1.

Таблица 1
**Социальные характеристики женщин, подвергшихся
семейному насилию, по клиническим группам**

Исследуемый показатель	Градации показателей	Здоровые (n=19)		Преневротические состояния (n=70)		Невротические расстройства (n=61)	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Статус семейных отношений	Официальный брак	7	4,7	51*	34,0	39	26,0
	Гражданский брак	12	8,0	19	12,7	22	14,6
Семейный стаж, годы	< 5	8	5,3	44*	29,3	14*	9,3
	5÷10	6	4,0	15	10,0	19	12,8
	>10	5	3,3	11	7,3	28	18,7
Образование	Высшее, н/п высшее	11	7,3	46*	30,7	40*	26,7
	Общее среднее Среднее специальное	8	5,3	24	16,0	21	14,0
Число детей	Нет детей	4	2,7	14	9,3	11	7,3
	1—2 ребенка	8	5,3	46*	30,7	44*	29,3
	3-е и более детей	7	4,7	10	6,7	6	4,0

Примечание. * – Статистическая значимость результатов $p < 0,05$.

Анализ данных таблицы 1 с помощью точного критерия Фишера показал, что развитие преневротических состояний и невротических расстройств у женщин, подвергшихся насилию со стороны супруга (сожителя), статистически значимо чаще наблюдается в официальных браках, чем в гражданских ($p < 0,05$), при семейном стаже менее 5 лет ($p < 0,05$), в семьях, где женщины имеют высшее образование ($p < 0,05$), и в семьях с 1—2 детьми ($p < 0,05$). Отмечается высокий образовательный уровень

женщин, подвергающихся насилию со стороны супругов (высшее образование было у 97 женщин – 64,7 %).

Проведенный анализ факторов, влияющих на возникновение насилия женщин со стороны супругов (сожителей) и развитие вследствие этого невротических расстройств, показал, что наиболее мощным часто встречающимся и статистически значимым фактором, обуславливающим домашнее насилие женщин, является алкоголизация супруга (сожителя) (32,7 %) ($p < 0,05$).

Структура группы женщин, подвергшихся домашнему насилию (150 чел.), в зависимости от индивидуально-типологических особенностей личности (Личко А. Е., 1983), представлена на рисунке 3.

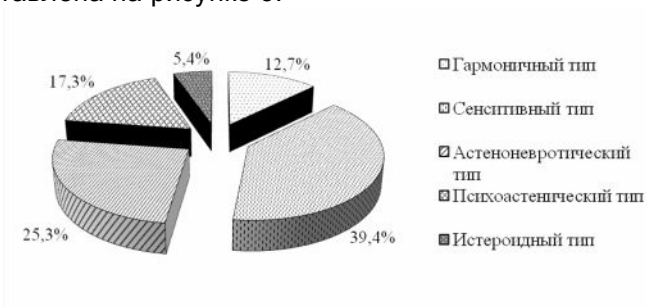


Рис. 3. Структура группы женщин, подвергшихся домашнему насилию, в зависимости от индивидуально-типологических особенностей личности (в начале исследования)

Анализ оценки индивидуально-типологических особенностей женщин, подвергшихся семейному насилию, у которых в результате этого развились преневротические состояния и невротические расстройства, показал, что наибольшее число составили женщины с сенситивным типом – 39,3 % (59 чел.) и астеноневротическим типом – 25,3 % (38 чел.) ($p < 0,05$).

Клиника и систематика преневротических состояний и невротических расстройств у женщин при домашнем насилии в Дальневосточном регионе. Преневротические состояния были выявлены у 46,7 % (70 чел.), в том числе они были представлены психоадаптационными состояниями (ПАС) – 33 женщины, психодезадаптационными состояниями (ПДАС) – 37 женщин. В зависимости от преобладания клинической симптоматики в ПАС-ПДАС были выделены следующие варианты: астенический – 44,3 % (31 чел.), соматовегетативный – 21,4 % (15 чел.) и дистимический – 34,3 % (24 чел.).

Невротические расстройства были выявлены у 40,7 % (61 чел.), что составляет значительную долю из женщин, подвергшихся насилию со стороны супругов (сожителей). Среди невротических расстройств выделялись следующие нозологические формы: острая реакция на стресс (F43.0) – 3,3 % (5 чел.), расстройства адаптации (F43.2) – 6,0 % (9 чел.), ПТСР (F43.1) – 12,0 % (18 чел.), тревожно-депрессивные расстройства (F41.2) – 4,0 % (6 чел.), тревожно-фобические расстройства (F40) – 8,0 % (12 чел.), диссоциативные расстройства (F44) – 1,4 % (2 чел.), обсессивно-компульсивные расстройства (F42) – 2,0 % (3 чел.) и невротические расстройства личности (F62.0) – 4,0 % (6 чел.).

Проведенный статистический анализ методом точного критерия Фишера позволил установить статистическую значимость данных о том, что наиболее часто встречающимися невротическими расстройствами у женщин, подвергшихся домашнему насилию, являлись ПТСР (12,0 %) и тревожно-фобические расстройства (8,0 %) ($p < 0,05$).

Профилактика и психотерапия невротических расстройств при домашнем насилии женщин. Одним из важных подходов в решении проблемы развития преневротических состояний и невротических расстройств у женщин при домашнем насилии является превентивная психотерапия, обеспечивающая более экономичные и краткосрочные формы их психотерапии (Семке В. Я. и др., 2011). Профилактическая работа дает возможность осуществлять помощь, когда пациент еще находится на уровне психологической дезадаптации, без включения в патологический процесс организменного и социального уровней. Значимым направлением в работе психотерапевта по предотвращению проявления насилия женщин в семье является раннее выявление предрасположенности будущих супругов к принятию и применению насилия. С этой целью нами проведено исследование отношения женщин и мужчин Дальневосточного региона к этой проблеме.

По результатам исследования было выявлено, что около трети мужчин (34,9 % – 90 чел.) и женщин (32,5 % – 112 чел.) допускают в той или иной форме применение насилия во внутрисемейных отношениях ($p < 0,001$). Таким образом, значительная часть женщин и мужчин Дальневосточного региона приемлют в семейных взаимоотношениях насилие, что является серьезной предпосылкой для развития насильственных отношений в реальной семейной жизни, приводящих вследствие этого в дальнейшем к развитию различных невротических расстройств.

Статистически значимо установлено, что холостые мужчины в большей степени (66,7 % – 60 чел.) ($p = 0,007$), чем женатые или живущие в гражданском браке, допускают проявление семейного насилия женщин. Уровень образования и возраст мужчин не является сколько-нибудь определяющим в возможном проявлении семейного насилия женщин, но можно предположить на уровне статистической значимости $p = 0,069$, что мужчины с общим средним образованием более склонны проявлять в своих семейных отношениях насилие по отношению к женщинам (61,1 % – 55 чел.), чем мужчины с высшим или средним специальным образованием.

Для превенции развития преневротических состояний и невротических расстройств нами была предложена комплексная программа мероприятий, учитывающая наиболее характерные особенности и признаки возможного проявления насилия женщин со стороны семейного партнера. Она включает в себя 5 этапов: *этап I* – выявление у женщин с помощью скринингового анкетирования признаков насилия со стороны семейного партнера; *этап II* – информирование общества о последствиях семейного насилия женщин путем реализации образовательных программ, разъясняющих населению негативное воздействие насилия на физическое и психическое здоровье женщины и ее окружения, которое в целом ухудшает качество жизни семьи; *этап III* – «развешивание» мифов о насильниках и о женщинах, подвергающихся насилию; *этап IV* – разъяснение того факта, что не всегда в поведении мужчины можно сразу разглядеть те черты, которые в будущем могут проявиться в форме насилия. Следует обращать внимание женщин на то, что можно заметить некоторые признаки опасности, которые предшествуют применению силы и предсказывают склонность мужчины к насилию; *этап V* – демонстрация реальной перспективы жизни без насилия в семье на примере наличия в современном мире сообществ, где семейное насилие либо отсутствует, либо практически не диагностируется.

В предложенной программе следует также учитывать индивидуально-типологические особенности женщин. Для этого необходимо проводить психокоррекционные мероприятия, направленные на развитие у женщин форм поведения, связанных с сотрудничеством, ответственностью и самостоятельностью. Испытывающих влияние психогенных факторов женщин необходимо обучать умению проявлять свои эмоции, объективно оценивать свои личностные особенности, формировать адекватное отношение к себе, принятию себя.

Данная программа была реализована нами с пациентами, обращавшимися за психологической помощью по проблемам семейных взаимоотношений, а также на I этапе лечения пациенток с преневротическими состояниями и невротическими расстройствами, возникшими вследствие насилия со стороны семейного партнера.

При проведении психотерапии женщин с невротическими расстройствами, обусловленными домашним насилием, основными целями лечения являлись: достижение у пациенток осознанного понимания причинно-следственных связей между симптомами невротического расстройства, фактами насилия и особенностью системы отношений в семье, а также изменение неадекватных реакций и форм поведения. Это, в свою очередь, вело к улучшению психического самочувствия, улучшению адаптации, а в итоге – помогало пациенткам в разрешении психотравмирующей ситуации в семье. В предложенной нами схеме лечения женщин мы практически отказались от медикаментозной терапии, и для купирования острой невротической симптоматики использовали психотерапевтические методики. При медикаментозном воздействии ограничивались седативными средствами растительного происхождения.

Общая структура психотерапевтического лечения, предложенная нами, состояла из 3 этапов.

На I этапе психотерапии с женщинами проводилась индивидуальная рациональная психотерапия по Дюбуа (Dubois P., 1913). Частота встреч была определена 1 раз в неделю, при необходимости – 2 раза в неделю. В силу того, что женщины не всегда сразу озвучивали факт насилия со стороны партнера по отношению к ним, требовалось время для формирования доверительных отношений между пациенткой и психотерапевтом.

Часть пациенток не была мотивирована на лечение. Эти женщины воспринимали факты насилия в семье как вариант «нормальных» отношений. В связи с этим психотерапевтом дополнительно велась разъяснительная работа о возможных последствиях домашнего насилия на психическое состояние женщины. В результате этого большая часть женщин согласилась на проведение психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий (109 женщин), они составили основную группу (группа А). Другая часть (41 женщина) лечение не получала, они составили контрольную группу (группа Б). С 12 здоровыми женщинами из группы А проводились психопрофилактические меро-

приятия. С остальными 97 женщинами из этой группы, имевшими преневротические состояния и невротические расстройства, проводились как психопрофилактические, так и лечебные мероприятия.

На II этапе, параллельно с проведением индивидуальной рациональной психотерапии, в основной группе женщин с преневротическими состояниями и невротическими расстройствами проводилась пролонгированная гипносуггестивная психотерапия по Л. П. Яцкову. Сеансы проходили в течение 30—40 минут, 5 раз в неделю, в течение 6 месяцев. Гипносуггестивная психотерапия носила характер поддерживающего симптоматического лечения. Так же на II этапе, 1 раз в неделю, проводилась индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия. Эта терапия помогала выработать и закрепить адекватные формы поведения и реагирования на основе достижений в познавательной и эмоциональной сферах.

Важной частью психотерапии являлось усиление мотивации пациенток к лечению по причине того, что насилие в семье имело циклический характер. Очень часто «спокойный период» («медовый месяц») вызывал иллюзию благополучия, тем самым фрустрируя женщину после «насильственного инцидента», и давал ей надежду на нормализацию отношений с семейным партнером, что, как правило, только пролонгировало психотравмирующую ситуацию насилия. Этот феномен объяснялся женщинам детально на примере цикла насилия. Также в ходе психотерапевтического лечения учитывался тот факт, что с точки зрения женщины насилие было лишь одним из аспектов в целом диапазоне взаимоотношений, некоторые составные части которого все еще имели для нее положительные стороны. Женщины, как правило, хотели прекращения насилия, но так же при этом они хотели сохранить положительные аспекты взаимоотношений. Приходилось объяснять, что эти две задачи могут быть не всегда совместимы, в связи с этим в большинстве случаев требовалось время, чтобы женщина поняла это.

Рациональная и когнитивно-поведенческая психотерапия представляли собой краткосрочные методы, и их эффект сохранялся в среднем от нескольких дней и до 1—2 месяцев.

На III этапе лечения параллельно с вышеуказанными методиками проводилась глубокая реконструктивная личностно-ориентированная психотерапия по В. Н. Мясичеву и Б. Д. Карварскому. Она и помогала женщинам в глубоком переосмысле-

нии этой проблемы и переоценке ценностей и взаимоотношений. Была выбрана групповая форма проведения личностно-ориентированной терапии. Встречи проходили 1 раз в неделю, в течение 6 месяцев. Использовались группы закрытого типа, после образования группы новые члены в нее не принимались. Средняя численность группы была 8–10 женщин. В качестве методических приемов для отдельных пациенток использовались элементы позитивной психотерапии, символдрамы, арттерапии и телесно-ориентированной терапии.

Оценка эффективности психотерапевтических мероприятий по клиническим и психологическим признакам. Клиническая оценка результатов лечения и оценка показателей повторного тестирования через 6 месяцев показала статистически достоверное улучшение психического состояния женщин в основной группе (группа А). Выздоровление отмечалось в 70,1 % случаев (68 женщин) ($p < 0,05$).

Оценка психического состояния женщин в контрольной группе (группа Б), проведенная по аналогичным методикам, показала что в большинстве случаев в этой группе отмечалась статистически достоверная неблагоприятная динамика; ухудшение в психическом состоянии было зафиксировано в 47,1 % случаев (16 женщин) ($p < 0,05$). Эффективность проведенных психотерапевтических мероприятий определялась по улучшению клинического состояния пациенток, уменьшению показателей тревоги и депрессии, увеличению показателей удовлетворенности браком.

У женщин с преневротическими состояниями отмечались редукция астенической симптоматики, нормализация сна, нормализация частично нарушенной социально-трудовой деятельности и раскрытие личностных возможностей. У пациенток с невротическими расстройствами после проведения психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий происходило улучшение фона настроения, также редуцировалась астеническая симптоматика, нормализовался сон, улучшилась концентрация внимания, возросли работоспособность и социальная активность.

Было отмечено статистически достоверное снижение как ситуативной, так и личностной тревоги у пациенток с преневротическими состояниями и невротическими расстройствами ($p < 0,05$). Оценка центра распределения уровня ситуативной тревоги (медиана) у женщин с преневротическими состояниями до проведения психотерапевтических мероприятий составляла 35,0, после – 22,0 ($p = 0,00008$); медиана уровня личностной тревоги составляла 44,0,

после – 25,0 ($p = 0,0$). Медиана уровня ситуативной тревоги у женщин с невротическими расстройствами до проведения психотерапевтической коррекции составляла 55,0, после – 36,0 ($p = 0,0$); медиана уровня личностной тревоги составляла 52,0, после – 30,0 ($p = 0,0$).

У пациенток с преневротическими состояниями и невротическими расстройствами отмечалось статистически достоверное снижение показателей депрессии ($p < 0,01$). Медиана уровня депрессии у женщин с преневротическими состояниями до проведения психотерапевтических мероприятий составляла 47,5, после – 35,0 ($p = 0,0$); медиана уровня депрессии у женщин с невротическими расстройствами до проведения психотерапевтической коррекции составляла 55,0, после – 41,0 ($p = 0,0$).

Наблюдалось статистически значимое увеличение уровня удовлетворенности браком ($p < 0,01$). Медиана уровня удовлетворенности браком у женщин с преневротическими состояниями до проведения психотерапевтических мероприятий составляла 27,0, после – 29,0 ($p = 0,0$); медиана уровня удовлетворенности браком у женщин с невротическими расстройствами до проведения психотерапевтической коррекции составляла 18,0, после – 24,0 ($p = 0,0$).

Отмечались изменения в усредненном профиле MMPI как у женщин с преневротическими состояниями, так и у женщин с невротическими расстройствами. Наиболее существенное, статистически достоверное снижение в сравнении с исходным уровнем, оцененное с помощью критерия знаков Фишера, произошло по шкалам 1 («ипохондрия»), 2 («депрессия»), 6 («психастения») ($p < 0,01$).

Таблица 2
Оценка эффективности психотерапевтических мероприятий у пациенток с преневротическими состояниями и невротическими расстройствами в основной группе А

Шкала выздоровления	Преневротические состояния (n=52)		Невротические расстройства (n=45)		Группа А (основная) (n=97)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
«А» – полное выздоровление	31	59,6	20	44,4	51	52,6
«В» – практическое выздоровление	9	17,3	8	17,8	17	17,5
«С» – неполное выздоровление	12	23,1	13	28,9	25	25,8
«D» – незначительное выздоровление	0	0	4	8,9	4	4,1
«О» – отсутствие выздоровления	0	0	0	0	0	0

Оценка эффективности (по Семке В. Я., 1981) проводимых психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий у 97 женщин с преневротическими состояниями и невротическими расстройствами в основной группе (группе А) представлена в таблице 2.

В результате статистической обработки данных, приведенных в таблице 2, с помощью биномиального критерия было установлено, что «полное выздоровление» («А») отмечалось более чем в 20 % случаев ($p=0,0$), «практическое выздоровление» («В») – в 20 % случаев ($p=0,27$), «незначительное выздоровление» («С») и «отсутствие выздоровления» («0») – меньше чем в 20 % случаев ($p=0,0$ и $p=0,0$ соответственно), что позволяет сделать вывод о высокой эффективности проводимых психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий.

ВЫВОДЫ

1. Из 877 женщин, обследованных на базе традиционных и новых организационных форм оказания специализированной психиатрической помощи, обнаружено, что 532 женщины (60,7 %) находились в официальном или гражданском браке, из них у 150 женщин (28,2 %) были выявлены признаки насилия со стороны супруга (сожителя).

2. Комплексное клинико-анамнестическое и клинико-психопатологическое обследование 150 женщин, подвергшихся насилию со стороны супруга (сожителя), выявило преобладание донозологических нарушений (преневротических состояний) (46,7 %) в 2 формах: психоадаптационные (22,0 %) и психодезадаптационные (24,7 %) состояния. Невротические расстройства наблюдались в 40,7 % случаев. Статистически значимо чаще встречались ПТСР (12,0 %; $p<0,05$) и тревожно-фобические расстройства (8,0 %; $p<0,05$).

3. Преневротические состояния и невротические расстройства у женщин при домашнем насилии возникали при сочетании социально-демографических, социокультурных факторов и индивидуально-типологических особенностей. Наиболее значимыми факторами были: алкоголизация супруга/сожителя (32,7 %) ($p<0,05$), наличие у женщины высшего образования (26,7 %) ($p<0,05$), нахождение женщины в официальном браке (26,0 %) ($p<0,05$), наличие семьи с 1—2 детьми, стаж семейной жизни менее 5 лет (9,3 %) ($p<0,05$).

4. Преневротические состояния и невротические расстройства у женщин, подвергшихся домашнему насилию, возникали при наличии индивидуально-типологических особенностей, таких как сенситивный (39,3 %) и астеноневротический (25,3 %) типы личности ($p<0,05$).

5. Программа превентивных мероприятий для женщин с преневротическими состояниями и психически здоровых, подвергшихся домашнему насилию, включала образовательные программы, составленные с учетом результатов скринингового анкетирования мнения мужского и женского населения Дальневосточного региона по вопросам семейного насилия женщин. Согласно итогам этого анкетирования, из 345 незамужних женщин и 258 мужчин вне зависимости от их семейного положения около трети женщин (32,5 % – 112) и мужчин (34,9 % – 90) допускают применение насилия в той или иной форме во внутрисемейных отношениях ($p<0,001$).

6. Комплексная схема психотерапевтических мероприятий для женщин с невротическими расстройствами, обусловленными домашним насилием, состояла из 3 основных этапов. На I этапе проводилась индивидуальная рациональная психотерапия по Дюбуа. На II этапе осуществлялась пролонгированная гипносуггестивная психотерапия по Л. П. Яцкову и индивидуальная когнитивно-поведенческая психотерапия. На III этапе лечения параллельно проводилась глубокая реконструктивная личностно-ориентированная психотерапия по В. Н. Мясищеву и Б. Д. Карвасарскому.

7. Предложенная комплексная схема психотерапевтических мероприятий для женщин, подвергшихся насилию со стороны супруга (сожителя), показала достоверно высокую результативность. Полное и практическое выздоровление через 6 месяцев у женщин с преневротическими состояниями отмечалось в 76,9 % случаев, у женщин с невротическими состояниями – в 62,2 % случаев ($p=0,0$).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для выявления признаков невротических расстройств, обусловленных семейным насилием женщин, необходима дополнительная подготовка медицинских работников по вопросам раннего выявления признаков насилия с помощью скринингового анкетирования женщин и диагностики психических нарушений, обусловленных этим насилием.

2. При проведении психометрического обследования женщин, подвергшихся насилию со стороны семейного партнера, необходимо учитывать индивидуально-типологические особенности женщин и возможные варианты развития невротических расстройств.

3. Для своевременного диагностирования индивидуально-типологических особенностей женщин, подвергшихся насилию со стороны семейного партнера, рекомендуется использование сокращенного варианта стандартизированного многофакторного личностного психодиагностического опросника Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2).

4. Для эффективности выявления симптомов невротических расстройств, таких как тревожность и депрессия, у женщин, подвергшихся насилию со стороны семейного партнера, рекомендуется использование теста диагностики реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера и теста Цунга для самооценки депрессии.

5. Для формирования ментальности мужского и женского населения в вопросах предотвращения семейного насилия женщин необходимо использовать образовательные и информационные программы.

6. При проведении превентивных мероприятий с женщинами, подвергшимися насилию со стороны семейного партнера, особое внимание необходимо уделять женщинам с астеноневротическим и сенситивным типами личности, как имеющими наиболее высокий риск развития невротических расстройств.

7. Для психотерапии женщин с невротическими расстройствами, возникшими в результате домашнего насилия, рекомендуется использование комплексной схемы лечения, состоящей из 3 этапов. На I этапе – проведение индивидуальной рациональной психотерапии по Дюбуа, на II этапе – пролонгированной гипносуггестивной психотерапии по Л. П. Яцкову и индивидуальной когнитивно-поведенческой психотерапии, на III этапе – проведение глубокой реконструктивной личностно-ориентированной психотерапии по В. Н. Мясищеву и Б. Д. Карвасарскому.

Список работ, опубликованных по теме диссертации

1. Медико-социальные предпосылки развития невротических расстройств при домашнем насилии / С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов // Психическое здоровье населения Дальнего Востока : тез. регион. научно-практ. конф. : IV Яцковские чтения совместно со Вторым Дальневосточным съездом психотерапевтов (Владивосток, 2—7 сентября 2010 г.) / науч. ред. В. Я. Семке, И. Г. Ульянов. — Томск; Владивосток, 2010. — С. 22—25.
2. Насилие как медико-социальный аспект внутрисемейных отношений / С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов // Человек и лекарство : тр. VII Дальневосточного регионального конгр. с междунар. участием (Владивосток, 30 сентября—1 октября 2010 г.) / науч. ред. В. Б. Шуматов / сост. В. А. Невзорова, Е. В. Елисеева, Н. М. Кондрашова, Е. Л. Лфутина // Тихоокеанский мед. журн. — 2010. — № 3. — Приложение. — С. 16—17.
3. Диагностические методы выявления домашнего насилия / С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов, Н. Д. Белокобыльский // Психическое здоровье населения Дальнего Востока : тез. регион. научно-практ. конф. : IV Яцковские чтения совместно со Вторым Дальневосточным съездом психотерапевтов (Владивосток, 2—7 сентября 2010 г.) / науч. ред. В. Я. Семке, И. Г. Ульянов. — Томск; Владивосток, 2010. — С. 20—22.
4. Особенности провоцирующих факторов невротических расстройств, обусловленных домашним насилием в Дальневосточном регионе / С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов // XV съезд психиатров России (Москва, 9—12 ноября 2010 г.) : материалы съезда / отв. ред. В. Н. Краснов. — М. : МЕДПРАКТИКА-М, 2010. — С. 300—301.
5. Превентивная психодиагностика в проблеме развития невротических расстройств при домашнем насилии / С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов // Неврозы в современном мире. Новые концепции и подходы к терапии : сб. тез. научно-практ. конф. с междунар. участием (Санкт-Петербург, 3—4 февраля 2011 г.) / науч. ред. Ю. В. Попов, Е. И. Чехлатый, Р. К. Назыров и др. — СПб. : СПб. НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. — С. 60—61.
6. Ранняя диагностика проявления домашнего насилия как путь предотвращения невротических расстройств у женщин / С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов // Вопросы теории и клинической практики в психиатрии, наркологии и психотерапии : материалы научно-практ. конф. с междунар. участием (Тюмень, 1 апреля 2011 г.) // Тюменский мед. журн. — 2011. — № 1. — С. 36.
7. Менталитет женщин дальневосточного региона как фактор риска в проблеме семейного насилия / С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки и практики : материалы V междунар. научно-практ. конф. (Казанский (Приволжский) федеральный университет, 15—16 апреля 2011 г.) : сб. тез. / под ред. С. В. Петрушина. — Казань : Отечество, 2011. — С. 125—127.
8. Ранняя диагностика признаков насилия и исследование менталитета женщин в Дальневосточном регионе как превентивное средство в проблеме семейного насилия / С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии : тез. докл. XV науч. отчет. сессии НИИ психического здоровья СО РАМН (Томск, 6—7 сентября 2011 г.) / под ред. В. Я. Семке. — Томск, 2011 — Вып. 15. — С. 169—170.
9. Клинические варианты невротических расстройств у женщин при домашнем насилии в Дальневосточном регионе / С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2012. — № 1. — С. 12—15.**
10. Психотерапия и психопрофилактика преневротических состояний и невротических расстройств у женщин, подвергшихся домашнему насилию в Дальневосточном регионе / С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2012. — № 2. — С. 58—62.**
11. Актуальные вопросы в проблеме развития невротических расстройств, обусловленных семейным насилием женщин в Дальневосточном регионе / Р. А. Катанаев, С. Н. Голуб // Актуальные проблемы экспериментальной, профилактической и клинической медицины : тез. докл. XIII Тихоокеанской междунар. научно-практ. конф. студентов и молодых ученых с междунар. участием (Владивосток, 19—20 апреля 2012 г.) / ред. В. А. Невзорова, А. В. Елисеева, Н. М. Кондрашова. — Владивосток : Медицина ДВ, 2012. — С. 70.
12. Система превентивных мероприятий для уменьшения риска развития невротических расстройств у женщин, обусловленных домашним насилием / С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов // Современные проблемы психических и соматических расстройств: грани соприкосновения : сб. тез. докл. III регион. конф. молодых ученых и специалистов (Томск, 20 июня 2012 г.) / под ред. В. Я. Семке. — Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2012. — С. 42—45.
13. Исследование менталитета мужчин Дальневосточного региона по отношению к проблеме семейного насилия женщин / С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2012. — № 6. — С. 71—74.**

14. Особенности преморбида женщин с невротическими расстройствами, подвергшихся домашнему насилию / С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов // Психическое здоровье населения Дальнего Востока и Сибири : материалы междунар. регион. научно-практ. конф. : Пятые Яцковские чтения совместно со Вторым Дальневосточным съездом психотерапевтов (Владивосток, 24—25 сентября 2012 г.) / науч. ред. В. Я. Семке, И. Г. Ульянов. – Томск; Владивосток, 2012. – С. 32—33.
15. Психологические методы как критерии эффективности психотерапевтического лечения у женщин с невротическими расстройствами при домашнем насилии / С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов // Психическое здоровье населения Дальнего Востока и Сибири : материалы междунар. регион. научно-практ. конф. : Пятые Яцковские чтения совместно со Вторым Дальневосточным съездом психотерапевтов (Владивосток, 24—25 сентября 2012 г.) / науч. ред. В. Я. Семке, И. Г. Ульянов. – Томск; Владивосток, 2012. – С. 33—35.
16. Роль преморбида в развитии невротических расстройств у женщин, подвергшихся домашнему насилию / С. Н. Голуб, И. Г. Ульянов // **Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 2 (77). – С. 11—14.**