

Байкова И.А., Терещук Е.И., Навицкая Е.В., Кирилук В.С.

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»,
УЗ «Городской клинический детский психиатрический диспансер»,
Минск, Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ДЕТЕЙ, ПОВЕРГШИХСЯ НАСИЛИЮ В СЕМЬЕ

Жизнь полна насилия. Насилие выступает синонимом разрушения, деструктивного поведения и связано с совершением действий, идущих вразрез с волей другого человека и животного (да и растения тоже). Совершить насилие – означает убить, уничтожить, отказать другому живому существу в праве на жизнь, на собственные взгляды, желания и интересы. Психологи сходятся во мнении, что насилие, хотя и отражает иррациональное состояние души, представляет собой не только проявление животных поведенческих стереотипов, сколько является специфически человеческим феноменом, поскольку очень часто выходит за пределы биологической целесообразности и включает осознанное целеполагание.

Насилие подразделяют на физическое, заключающееся в издевательстве над человеком, причинении ему телесной боли; психологическое (встречающееся столь же часто и не менее драматичное) – оно целенаправленно метит в психологически уязвимые места жертвы с учетом всех ее личных качеств; сексуальное.

Существует несколько факторов, влияющих на реакцию ребёнка на насилие и на то, как насилие сказывается на развитии ребенка:

Возраст ребенка в момент, когда он впервые подвергается насилию: чем младше ребенок, который впервые подвергается насилию, тем выше вероятность возникновения у него серьезных задержек в развитии.

Продолжительность периода времени, на протяжении которого ребенок подвергался насилию – чем дольше ребенок подвергается насилию, тем больше это сказывается на его развитии.

Периодичность случаев насилия – чем чаще ребенок подвергается насилию, тем более серьезными будут его последствия.

Характер отношений между ребенком и лицом, подвергающим его насилию, – чем теснее связь между ребенком и лицом, подвергающим его насилию, тем выше вероятность возникновения негативных последствий. Наиболее серьезные последствия возникают в случаях, когда ребенок подвергается насилию со стороны родителей.

Тип насилия – чем большую боль вызывает насилие, и чем более серьезные травмы получает ребенок, тем тяжелее психологические и физические последствия.

Возможности ребенка в плане получения помощи – присутствие других взрослых, которые не допускают насилия в отношении ребенка и могут обеспечивать уход за ним (независимо от того, где они находятся – дома или в непосредственной близости от дома), может отчасти сгладить негативные последствия насилия.

Конституциональные факторы – характер личности и темперамент ребенка могут повлиять на последствия насилия в его отношении. Одни дети обладают более высокой лабильностью и умеют хорошо справляться со своими бедами, другие дети более ранимы.

Согласно данным некоторых статистических исследований примерно 30% детей постоянно подвергаются жестокому физическому наказанию. 20-30% пациентов с пограничным расстройством личности пережили тяжёлое изнасилование в детском возрасте (Michael Stone /Psychotherapy of border line patients in light of long-term follow-up. «Bull Menninger Clin», 1987, 231-47; The Fate of Borderline Patients. NY, 1990). У пациентов с пограничными расстройствами личности изнасилование встречается гораздо чаще, чем при всех других личностных расстройствах: контактному сексуальному насилию в возрасте до 14 лет обычно подвергаются 20-30% девочек и 10% мальчиков (Joel Paris/Borderline Personality Disorder. Washington, 1993; Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. «Compr. Psychiatry», 1994, 301-05). Мальчики чаще, чем девочки, подвергаются насилию в более раннем возрасте (по данным Англии, США и Германии). В 75% случаев агрессоры (насильники) знакомы детям. И только 25% агрессоров совершенно незнакомые люди. В 45% случаев насильником является родственник, в 30% случаев – более дальний знакомый, например, друг брата, любовник матери или бабушки.

Среди родственников наиболее частыми фигурами, осуществляющими насилие, выступают отец, отчим, опекун; реже это брат, дедушка, дядя. В Германии, по некоторым данным, каждая четвертая немецкая женщина была изнасилована в детском возрасте. Исследования в США в 80-е годы показали, что, как минимум, каждый второй наркоман был жертвой сексуального насилия. Более 70% гомосексуалистов-агрессоров сами пережили в детстве агрессию со стороны взрослого мужчины. Довольно значительная часть девочек и мальчиков после изнасилования становится гомосексуалистами.

Мы можем знать только о тех, кто захотел рассказать об этом. Но мы не знаем, сколько тех, кто предпочитает об этом молчать.

Вообще люди с большим трудом рассказывают о насилии, даже в случае большого доверия к психотерапевту. Это связано с тем, что они не могут сломать семейные запреты на рассказ о том, что с ними произошло, так как на всей этой сфере лежит гриф «секретности»; им кажется, что, рассказав об этом психологу, они совершают преступление против отца или матери.

Всегда в случае насилия ребенок расценивается как жертва, вне зависимости от реальных обстоятельств, так как ребенок не отвечает за последствия случившегося, в отличие от взрослого, который несёт всю полную ответственность.

Почему детям трудно рассказывать о сексуальном насилии? Дети могут не иметь средств выразить происходящее (могут быть слишком малы, или вообще ещё не умеют говорить, или могут не иметь подходящего словарного запаса); им могут не разрешать это делать. Дети могут подвергаться давлению и угрозам ради сохранения тайны происходящего (в нашей культуре не поощряется вынесение сора из избы). Дети могут быть запуганы как угрозами физической расправы, так и моральной угрозой стать «крайним», чьи действия принесут семье несчастье (отца посадят, мать узнает, будет мучиться или уйдет). Еще один немаловажный вопрос – как тебя потом будут воспринимать товарищи и учителя. Если ребенок не доверяет близким взрослым, то он может не знать, куда еще обратиться. Дети могут попытаться рассказать об абьюзе, но их слова игнорируют или считают, что это неправда. Дети могут не уметь распознать сексуальные злоупотребления. Родитель может представить им сексуальные злоупотребления как часть самых близких отношений. Угроза потерять любимого родителя (его любовь) может соседствовать с достижением статуса любимого ребенка любой ценой.

Информация о сексуальных злоупотреблениях чаще проявляется в форме изменений в поведении и взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками. Появляется подавленность и агрессивность, нежелание идти спать, ночные страхи, желание спать со светом, не раздеваясь, спать вместе другими детьми, раннее сексуальное поведение. Дети младше 6 лет часто проявляют свои страхи более конкретно, например, реагируя на взрослых людей с определенной фигурой или цветом волос. Более старшие дети реагируют менее специфично, например, общим недоверием к людям, нежеланием возвращаться домой после школы, побегами из дома, соматическими проблемами и попытками суицида.

Иногда дети используют аллегории или рассказы от третьего лица. Это способ проверки реакции взрослого. Если, например, тот рассердится, то легко можно сказать: «Вы не так меня поняли», «Это было с моим другом», «Я видел это по телевизору». Здесь уместны вопросы

типа: «А как ты думаешь, можно ли помочь твоему другу?», «Как ты думаешь, мог бы он рассказать обо всем происходящем с ним маме?» и т. п.

Дошкольники обычно передают чувства более непосредственно, рассказывая о приходящих по ночам чудовищам, животных, пытавшихся их сожрать. В этом возрасте наличие сексуальных злоупотреблений очень часто проявляется в рисунках, например: в хроническом отсутствии кого-то из родителей на рисунках, в подчеркнутой диспропорциональности фигур: например, огромной отца и маленькой своей; в излишней буквальной сексуализации рисунков. Рисование для детей – не только способ сообщать о происшедшем, но и способ отреагирования.

В некоторых случаях дети рассказывают о сексуальном насилии прямым текстом. Такой способ может свидетельствовать как об очень высоком доверии ко взрослому, так и о совершенном отчаянии, охватившем ребенка. В этом случае маленькие дети говорят обычно прямо, не задумываясь о последствиях. Старшие дети обычно рассказывают только часть происходящего.

Иногда маленький ребёнок (а зачастую и взрослый) может сомневаться, было ли это с ним на самом деле, или всего лишь показалось. И тогда он как бы «застывает» – не может полагаться на собственное восприятие, не может отличить верное от неверного, что хорошо и что плохо, что есть насилие и что – любовь. Эти болезненные воспоминания блокируются, от них отказываются, чтобы в обычной жизни жить нормально, то есть травматический опыт диссоциируется.

Ребенок или подросток начинает понимать, что чем-то отличается от других, стесняется говорить, боится раздеваться в присутствии других, так как ему/ей кажется, что другие как-то узнают о том, что произошло; не может быть откровенным с друзьями, у него/нее нет друзей, он/она фактически потеряла отца и мать; он может чувствовать себя одиноким, подавленным с чрезвычайно низкой самооценкой; грязным, опустившимся; может появиться делинквентность в поведении (уходы из дома, может присоединиться к опасной компании и т. п.).

Когда родители издеваются над своими детьми, они убивают их душу. Мотивы подобного родительского поведения могут быть следующие:

- бессознательная потребность перенести на другого унижение, которому подвергались когда-то сами;
- потребность найти выход для подавленных чувств;
- потребность обладать и иметь в своем собственном распоряжении живой объект для манипулирования;

– самозащита (потребность идеализировать собственное детство и собственных родителей) и, как следствие, догмы родительских педагогических принципов перекладываются на своего собственного ребенка;

– страх появления того, что было подавлено; того, на что наталкиваются в своих собственных детях; того, что должно быть уничтожено в самом зародыше;

– реванш за боль, которую родитель когда-то пережил сам.

Характерные особенности психологического насилия над детьми:

1. Отвержение – проявление враждебности по отношению к детям, их унижение и отвержение. Сюда относятся ситуации, когда ребенка принижают, высмеивают, стыдят, поносят, делают из него козла отпущения, прилюдно его оскорбляют, постоянно его критикуют и наказывают, заставляют его выполнять большую часть работы по дому, отказывают ему в поощрении.

2. Терроризирование – относятся ситуации, когда родитель угрожает нанести ребенку физический вред, убить или бросить его, заставляет ребенка становиться свидетелем жестокого обращения к другому родителю. Если родитель оставляет ребенка без присмотра в опасной ситуации; помещает ребенка в непредсказуемую или хаотичную среду; ставит перед ребенком нереальные задачи, угрожая ему утратой, нанесением вреда или возникновением опасности, если он не решит эти задачи; угрожает насилием или допускает насилие в отношении ребенка, близких ему людей, любимых им предметов.

3. Эксплуатация или растление – относятся ситуации, когда родитель поощряет или понуждает ребенка к девиантному поведению (антиобщественные, преступные или саморазрушающие деяния), злоупотреблению алкоголем или наркотиками, проституции, или если родитель занимается финансовой эксплуатацией ребенка.

4. Отказ в эмоциональной близости – игнорирование попыток ребенка наладить отношения и потребностей ребенка к общению, взаимодействие с ребенком только в случаях крайней необходимости, нежелание или неспособность выказывать любовь и проявлять ласку к ребенку.

5. Изоляция – постоянное введение необоснованных ограничений на общественные контакты ребенка и отказ в удовлетворении потребности ребенка в налаживании и поддержании отношений со сверстниками и взрослыми; ограничение свободы передвижения; применение наказаний в виде запираания ребенка в стенном шкафу или подвале, особенно на продолжительный срок; отказ в удовлетворении потребностей; использование отказа в убежище и сне в качестве наказания.

Основные методы и технологии психотерапевтической работы с жертвами семейного насилия

Необходимо выделить два направления психотерапевтической работы: экстренная психологическая помощь (ЭПП) и психолого-психотерапевтическая помощь детям, пережившим психотравмирующие события на отдаленных этапах работы с травмой.

Опыт показывает, что потерпевшие, получившие немедленную помощь и консультацию, поправляются более устойчиво и им реже необходим долгосрочный уход.

Основной вид экстренной психологической помощи (ЭПП) – психологическое сопровождение. Задача психологического сопровождения – интегрировать травматический опыт в единый опыт. Поэтому работа с детьми, перенесшими травматическое событие, в остром кризисном состоянии требует большой мягкости и корректности. Это не «вмешательство», а «сопровождение». Травма должна «прожить». При этом нужно снять остроту симптомов: страхов, нарушений сна. Но травме «дается быть в сознании», иначе один симптом трансформируется в другой, уходит страх, но через некоторое время появляются психосоматические нарушения.

Основная цель ЭПП – вернуть человека в психологическое состояние, которое было до воздействия травматического события, восстановить его функциональный уровень.

Общие задачи кризисной психолого-психотерапевтической помощи детям и подросткам в первый месяц после травматической ситуации:

- 1) информационная и эмоциональная поддержка родителей;
- 2) отреагирование, «контейнирование» чувств и переживаний ребенка/подростка;
- 3) «нормализация» внешнего выражения эмоций (говорить о том, что страхи, агрессия, раздражительность – естественны в этой ситуации, это нормальная реакция на ненормальную ситуацию);
- 4) восстановление разрушенного представления о защищенности «Я», безопасности мира;
- 5) налаживание коммуникаций в межличностной сфере, оценка риска и профилактика развития суицидальных тенденций;
- 6) профилактика продолжительных тревожно-депрессивных реакций.

Методы кризисной психолого-психотерапевтической помощи: экстренная помощь по телефону доверия; очное индивидуальное консультирование, групповые методы реабилитации.

Суть кризисной интервенции заключается не в том, чтобы решить проблему, а в том, чтобы сделать возможной работу над проблемой. Для этого в процессе консультирования ставятся три задачи: адекватное

и ясное представление о происшедшем; управление своими чувствами и реакциями, преодоление аффекта; формирование поведенческих моделей, позволяющих преодолеть последствия травмы.

Можно выделить следующие методы и формы психотерапии, которые являются эффективными в психотерапевтической работе с травмой:

- 1) когнитивно-поведенческая психотерапия;
- 2) метод управляемой психофизиологической саморегуляции, релаксационные методы;
- 3) игровая психотерапия, включая аффективную модуляцию и использование метафор, историй, сказок;
- 4) психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз (ДПДГ);
- 5) групповая посттравматическая интервенция;
- 6) гуманистически-экзистенциальная психотерапия;
- 7) арт-психотерапия;
- 8) телесно-ориентированная психотерапия;
- 9) психодинамическая психотерапия, в частности, кататимно-имагинативная психотерапия (символдрама) и др.

Перед началом лечения необходимо убедиться, что ребенок/подросток находится в безопасном окружении; стабилизировать кризисную ситуацию (активные мысли о суициде или убийстве, активный психоз, состояние острой паники, активное злоупотребление алкоголем или наркотиками); оценить необходимость госпитализации с целью стабилизации состояния; отложить лечение, пока ситуация не стабилизируется.

Причины, по которым следует прямо обсуждать травматические происшествия:

- обрести власть над воспоминаниями о травме;
- устранить симптомы избегания;
- скорректировать искаженные когниции;
- смоделировать процесс психофизиологической адаптации;
- установить пути и подготовить к напоминаниям о травме/потере, увязать травматический опыт с контекстом реальной жизни.

Создание рассказа о травме – один из эффективных методов работы. Необходимо дать разумное объяснение рассказу; объяснить ребенку, почему это важно: «Со многими людьми происходят плохие вещи, и это важно – рассказать». Можете предложить эту идею в процессе чтения книги о подростке, который рассказал о своей травме и его самочувствие улучшилось. Определите, как ребенку/подростку хотелось бы рассказать свою историю о полученной травме (книга, стихотворение, рассказ, песня, рисунок, видео, аудиозапись, набор на компьютере,

ток-шоу). Если ребенок/подросток не может решить, как это сделать, то можно воспользоваться специальной литературой, книгами, в которых рассказывается об аналогичных событиях, произошедших с ребенком/подростком (смерть близкого, развод родителей, сексуальное использование и др.). Ориентируемся на чувства ребенка/подростка. Если он не хочет, не приступаем к следующему шагу. Материалы никому не отдаем – ребенок сам решает, что с этим делать.

Не следует проводить совместные сеансы, если родители не способны оказать должную поддержку, ребенок/подросток решительно возражает (необходимо оценить, насколько обоснованы его возражения).

Совершенствование навыков безопасности – важная составляющая психологической работы. Обычно работа над этим ведется во время совместных сеансов родителями, но можно заниматься этим и индивидуально. Необходимо разработать план безопасности, который бы отражал специфику обстоятельств и возможностей конкретного ребенка/подростка и его семьи. Необходимо отрабатывать эти навыки не только во время лечебных сеансов, но и за их пределами. Необходимо включить образовательный материал о здоровой сексуальности. Для тех, кто подвергался насилию в семье, физическому насилию или жестокому обращению, необходимо включить образовательные материалы о буллинге (запугивании), разрешении конфликтов и т. д.

Кризисное состояние предполагает у пострадавших наличие анти-витальных переживаний, суицидальных намерений, поэтому выявление суицидального риска у переживающих кризисное состояние и коррекция суицидальных проявлений является чрезвычайно важной задачей кризисной психотерапии.

Индивидуальная психотерапевтическая работа с жертвами насилия может сочетаться с групповой работой, которая в настоящее время признана как наиболее эффективная форма реабилитации и профилактики насилия и виктимогенности пострадавших от домашнего насилия.

К эффективным методам групповой работы с жертвами насилия могут быть отнесены группы поэтической психотерапии, изготовление миниатюр-масок, разыгрывание драматических сценок. Так, частности, метод драматической психотерапии позволяет отреагировать и трансформировать негативный эмоциональный опыт. Одним из приемов работы является драматическое изображение каких-либо предметов, существ, явлений природы с параллельным рассказом о переживаемых чувствах, возникающих мыслях, ассоциациях. Важно, чтобы образ был предложен самим клиентом, в качестве метафоры своего состояния. Например, «Я раненый зверь», «У меня вместо сердца льдинка» и т. д. В отличие от других подходов, в которых также используются проигрывание метафоры

собственного состояния (психодрама, гештальт-терапия и др.), драматическая терапия предлагает театрализацию экспрессивного акта клиента. Разыгрываемая сценка в некотором смысле представляет драматическое искусство. Механизм психотерапевтического воздействия драматической терапии, таким образом, основан на достижении душевного катарсиса через творческое самовыражение.

Если травматический опыт не поддается словесному описанию, в этом случае возможна работа в процессе арт-психотерапии. Арт-подход ориентирован преимущественно на невербальное общение, что особенно ценно в работе с жертвами насилия. Изобразительное творчество облегчает доступ к подавленным в результате травмы чувствам, вызывает положительные эмоции и восстанавливает самоуважение, способствует преодолению апатии, подавленности, безынициативности. В творческой деятельности выплескиваются агрессивные тенденции, что прерывает новый цикл насилия.

Творческая деятельность является мощным средством сближения людей. Это особенно ценно в ситуациях нарушения семейной интеграции – взаимного отчуждения, затруднений в налаживании контактов.

В заключение хотелось бы отметить, что важен возросший интерес современного общества к проблемам насилия, как в нашей стране, так и за рубежом.

Система оказания психологической и психотерапевтической помощи в Беларуси продолжает формироваться. Помимо службы психического здоровья в рамках системы здравоохранения, в структуре органов социальной защиты в стране созданы и действуют 152 территориальных «кризисных центра» в системе социального обслуживания населения, которые оказывают психологическую, юридическую и социальную помощь гражданам, испытывающим домашнее насилие. Созданы и успешно функционируют телефоны доверия, в том числе и специализированный телефон оказания кризисной помощи детям и подросткам.

Литература:

1. Байкова И.А., Терещук Е.И., Навицкая Е. В. Медицинские и социальные аспекты гендерного и домашнего насилия: учеб.-метод. пособие / Минск.: БелМАПО, 2014. – 114 с.
2. Воспоминания Н. Мандельштам / Юность. – № 7. – 1989. – С. 48.
3. Миллер Алис. Воспитание, насилие и покаяние / Независимая фирма «Класс». – М., 2010. – 296 с.
4. Кернберг Отто Развитие личности и травма // Журнал Persönlichkeitsstörungen, 1999. – С. 5-15
5. Пападопулос Р. Терроризм и паника / Новая весна // Альманах постюнгианской психологии и культуры. – № 5, 2003. – СПб. – С. 11-22.

6. Пападопулос Р. Идентичность и конфликт / Новая весна // Альманах постюнгианской психологии и культуры. – № 4, 2002. – СПб. – С. 12-28.
7. Kroll J. PTSD/Borderlines in Therapy: Finding the Balance. NY, 1993.
8. Psychotherapy of borderline patients in light of long-term follow-up. «Bull Menninger Clin», 1987, 231-47; The Fate of Borderline Patients. NY, 1990
9. Borderline Personality Disorder. Washington, 1993; Psychological risk factors for borderline personality disorder in female patients. «Compr. Psychiatry», 1994, 301-05.
10. Bion W.R. On arrogance. – 1957.

Бизюкевич С.В., Карпюк В.А., Букина Н.С., Шостко Н.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
УЗ «ГОКЦ «Психиатрия-наркология»,
г. Гродно, Беларусь

АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ МАТЕРЕЙ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

В статье проведён анализ акушерско-гинекологического анамнеза женщин, имеющих детей с расстройствами аутистического спектра.

Biziukevich S.V., Karpiuk V.A., Bukina N.S., Shostko N.N.
Grodno state medical university, «G RCC «Psychiatry-narcology»,
Grodno, Belarus

OBSTETRIC HISTORY OF MOTHERS OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

In the article the analysis of obstetric-gynecologic history of women with children with autism spectrum disorders.

Введение. Актуальность проблемы расстройств аутистического спектра обусловлена ростом аутистических расстройств во всем мире. Распространенность аутизма различна и колеблется в пределах 4-26 случаев на 10 000 детского населения [1]. В качестве этиологических факторов развития расстройств аутистического спектра (РАС) в настоящее время рассматриваются многие причины, однако этиология РАС до конца не изучена. Как свидетельствуют многочисленные литературные источники, отягощенный акушерский анамнез у матерей значительно повышает риск развития аутистических расстройств у детей [2].