

На правах рукописи

ЛОХМАТКИНА

Наталья Викторовна

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ СЕМЕЙНОГО НАСИЛИЯ
У ЖЕНЩИН, ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ
В УЧРЕЖДЕНИЯ ОБЩЕЙ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ**

Специальность 19.00.04 — медицинская психология

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Санкт-Петербург

2010

Работа выполнена в Санкт-Петербургской медицинской академии
последипломного образования

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Эдмонд Георгиевич Эйдемиллер

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук,
заслуженный деятель науки РФ, профессор

Модест Михайлович Кабанов,
доктор медицинских наук, профессор

Анатолий Николаевич Алехин

Ведущая организация: Санкт-Петербургский государственный университет

Защита диссертации состоится 28 октября 2010 г. в 10 часов на заседании Совета
по защите докторских и кандидатских диссертаций (Д 208.093.01) при Санкт-
Петербургском научно-исследовательском психоневрологическом институте им.
В.М. Бехтерева (129019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Санкт-Петербургского
научно-исследовательского института им В.М. Бехтерева, ул. Бехтерева, д. 3

Автореферат разослан 28 сентября 2010 г.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор медицинских наук, профессор

Чехлатый Евгений Иванович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Официальные данные Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации свидетельствуют о неблагоприятной динамике показателей, отражающих состояние здоровья женщин. Обращает на себя внимание рост патологии, обусловленной психогенным воздействием (ВОЗ, 2006, 2007). Семейные отношения выступают в качестве наиболее важных, значимых для индивида, чем объясняется их ведущая роль в формировании патогенных ситуаций и психических расстройств (Ушаков Г.К., 1987; Кабанов М.М. и др., 1998; Дружинин В.Н., 2005). Среди многочисленных семейно-обусловленных стрессогенных и психотравмирующих факторов особое место занимает насилие между супругами/партнерами (Леви Д.А., 1993; Ремшмидт Х., 2000; Волович Т.В., 2007). Если один из членов семьи проявляет разные формы агрессии (физическое, эмоциональное, сексуальное насилие) над другими членами семьи, то такая семья является дисфункциональной и требует не только психологической и психотерапевтической, но и медицинской и социальной помощи (Эйдемиллер Э.Г., Никольская И.М., 2005). Согласно определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) (2003), насилием со стороны супруга/интимного партнера (синоним — «партнерское насилие») считается любое поведение в рамках интимных отношений, которое является причиной физического, психологического и сексуального ущерба для одного из участников этих отношений. Такое поведение может включать в себя акты физической агрессии, психологическое подавление, принудительный половой акт, различные проявления контролирующего поведения.

Как свидетельствуют данные Комитета Совета Федерации по социальной политике (1999), семейное насилие представляет собой серьезную медико-социальную проблему, а российская статистика мало отличается от мировой: в 93% случаев его жертвами становятся женщины, в 7% — мужчины. От 12 до 16 тысяч женщин и более 3 тысяч мужчин в России погибают ежегодно в результате убийств, совершенных их интимными партнерами (ВОЗ, 2006).

Изучение частоты встречаемости направленного против женщин насилия со стороны супруга/партнера, проведенное ВОЗ в 48 странах мира, установило, что от 15% до 71% женщин подвергались ему когда-либо в жизни и от 4% до 54% — за последний год (Ellsberg M. et al., 2008). Согласно результатам российских популяционных исследований, эти показатели равны 4–41% и 2–8% соответственно. Отечественными учеными была продемонстрирована чрезвычайная латентность данной проблемы. После физической агрессии со стороны супруга/партнера за медицинской помощью обращались только 5% женщин, а в специализированные кризисные центры — менее 1% (Римашевская Н.М. и др., 1999; Горшкова И.Д., Шурыгина И.И., 2003; Кессели К. и др., 2005). В литературе такое противоречие объясняют не только неоднозначностью и сложностью данного феномена, национально-культурными особенностями, но также психологическими характеристиками мужчин и женщин, вовлеченных в отношения насилия (Здравомыслова О.М., 2003; Ениколопов С.Н., 2005; Римашевская Н.М., 2005). Особенности личности и совладающего поведения женщин с установленным фактом насилия со стороны супруга/партнера в анамнезе были изучены в зарубежных популяционных исследованиях и среди клиенток кризисных центров (Gelles R.J., Straus M.A., 1988; Campbell J.C. et al., 1999). Единичные российские исследования были проведены среди женщин, совершивших мужеубийство в ситуации хронического физического насилия (Шумский Н.Г. и др., 2004; Ювенский И.В., 2007). Полученные результаты противоречивы и говорят о неадаптивном совладании с жизненными трудностями у женщин, подвергавшихся насилию со стороны супруга/партнера, что необходимо учитывать при организации лечебно-психологической помощи данному контингенту (Lewis C.S. et al., 2006; Taft C.T. et al., 2007).

В многочисленных исследованиях продемонстрировано негативное влияние насилия со стороны супруга/партнера на физическое, репродуктивное и психическое здоровье женщин (Злобина О.Ю., 2004; Golding J.M., 1999; Jones L. et al., 2001; Campbell J.C., 2002; Ellsberg M. et al., 2008 и др.). Следствиями этого являются более частое обращение к врачам общей практики, а также увеличение затрат на оказание медицинской помощи (Wisner C.L. et al., 1999; Urich Y.C. et

al., 2003; Coker A.L. et al., 2004; Lo Fo W.S. et al., 2007). По данным зарубежных исследований, частота встречаемости факта насилия со стороны супруга/партнера среди женщин, наблюдающихся у врачей общей практики, выше, чем в популяции. Она составляет от 23% до 55% за всю жизнь и от 15% до 20% — за последний год (Coker A.L. et al., 2000; Bradley F. et al., 2002; Hegarty K.L., Bush R., 2002; Richardson J. et al., 2002; Ahmad F. et al., 2007).

В соответствии с рекомендациям ВОЗ (2006) обучение медицинских работников методам выявления женщин, подвергавшихся насилию со стороны супруга/партнера, и направление их к специалистам признаны эффективным вмешательством в плане предупреждения ревиктимизации и улучшения показателей здоровья. Анкетирование женщин, обращающихся к врачам общей практики в США, Великобритании и Италии, показало, что от 68% до 85% респонденток не возражают против врачебного опроса на предмет выявления насилия со стороны интимного партнера (Richardson J. et al., 2002; Romito P. et al., 2004). Согласно российскому образовательному стандарту послевузовской профессиональной подготовки по специальности «общая врачебная практика» (семейная медицина) (2005), врачи должны знать проблематику семейного насилия и уметь оказывать лечебно-психологическую помощь всем членам такой дисфункциональной семьи. Данная тематика освещена в «Кратких рекомендациях по ведению пациентов с наиболее распространенными состояниями в общей врачебной практике» (Денисов И.Н. и др., 2005) и в ряде учебников (Грабер М.А., Лантернер М.Л., 2002; Уоршоу К., Риордан К., 2005). Вопросы организации психотерапевтической помощи в учреждениях общей врачебной практики проработаны Н.Г. Незнановым и Б.Д. Карвасарским (2008). Однако в силу объективных причин подготовка врачей общей практики по данному разделу медицинской психологии проводится недостаточно. В этой связи изучение в условиях общей врачебной практики клинико-психологических, социально-психологических и деонтологических вопросов проблемы является необходимым и актуальным для разработки организационной формы лечебно-психологической помощи пациенткам с соматическими и невротическими расстройствами, подвергавшимся насилию со стороны супруга/партнера.

Цель: исследовать клинико-психологические, социально-психологические и деонтологические характеристики насилия со стороны супруга/партнера над женщинами, при их обращении с соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами к врачам общей врачебной практики.

Задачи исследования:

1. Сопоставить частоту встречаемости соматических заболеваний и невротических расстройств в группах женщин, подвергавшихся и не подвергавшихся насилию со стороны супруга/партнера.

2. Исследовать характеристики личности, стратегии и стили совладающего поведения женщин с учетом вида насилия и факта его осознания.

3. В условиях общей врачебной практики выделить социальные и психологические маркеры риска насилия со стороны супруга/партнера и установить частоту его встречаемости среди женщин.

4. Изучить готовность пациенток и медицинских работников к взаимодействию при оказании лечебно-психологической помощи женщинам, подвергавшимся насилию со стороны супруга/партнера.

5. Разработать организационную форму лечебно-психологической помощи наблюдающимся у врачей общей практики пациенткам с соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами, подвергавшимся насилию со стороны супруга/партнера.

Научная новизна. В работе впервые проанализировано соотношение частот встречаемости соматических заболеваний и невротических расстройств у женщин, обращающихся в учреждения общей врачебной практики. Получена новая информация о частоте встречаемости насилия со стороны супруга/партнера среди пациенток с соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами и медицинских работников общей врачебной практики. Выявлены психологические и социальные маркеры риска насилия со стороны супруга/партнера у женщин, обращающихся за медицинской помощью к врачам общей практики. Впервые в условиях первичного звена здравоохранения изучены характеристики личности и совладающего поведения женщин, подвергавшихся различным видам партнерского насилия, и научно обоснована организационная

форма лечебно-психологической помощи данному контингенту.

Практическая значимость работы. Полученные данные о клинико-психологических, социально-психологических и деонтологических характеристиках насилия со стороны супруга/партнера позволили научно обосновать организационную форму лечебно-психологической помощи пациенткам с соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами, подвергавшимся насилию со стороны супруга/партнера, врачами первичного контакта и выделить мишени для психологического вмешательства специалистов.

С учетом результатов диссертационного исследования разработана и утверждена учебная программа цикла тематического усовершенствования по медицинской психологии. Результаты исследования используются в педагогическом процессе кафедр семейной медицины и детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии, в циклах тематического и общего усовершенствования по специальностям «общая врачебная практика (семейная медицина)» и «медицинская (клиническая) психология». Они также отражены в методических рекомендациях, утвержденных Комитетом по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга для использования в амбулаторно-поликлинических учреждениях и в процессе последипломной подготовки по специальности «общая врачебная практика (семейная медицина)».

Результаты исследования могут быть использованы врачами общей практики, психиатрами, психотерапевтами, медицинскими психологами и специалистами по социальной работе при оказании помощи женщинам, подвергавшимся насилию со стороны супруга/партнера.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. Маркерами риска насилия со стороны супруга/партнера у женщин, обращающихся за медицинской помощью в учреждения общей врачебной практики, являются невротические, связанные со стрессом и соматоформные вегетативные расстройства, чувство страха по отношению к супругу/партнеру, низкая субъективная оценка своего здоровья, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков, пребывание в разводе или сожительстве.

2. Насилие со стороны супруга/партнера в анамнезе, его вид и факт

осознания взаимосвязаны у женщин с пониженным фоном преобладающего настроения, низкой самооценкой и неадаптивным совладающим поведением в виде сочетания стратегий принятия ответственности и бегства-избегания, а также в виде незавершенности проблемно-ориентированного, крайних значений эмоционально-ориентированного копинг-стиля, недостаточности субстиля социального отвлечения.

3. Лечебно-психологическая помощь подвергавшимся насилию со стороны супруга/партнера пациенткам с соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами, должна включать активное выявление таких женщин врачом общей практики на основании маркеров риска и направление к специалистам многопрофильной бригады для коррекции эмоционально-личностных реакций и неадаптивного совладания со стрессом.

Апробация работы и публикации. По материалам исследования опубликовано 15 научных работ, в том числе 3 — в российских рецензируемых журналах из перечня ВАК и 1 — в международном научном периодическом издании, входящем в систему цитирования Web of Science. Основные положения и результаты диссертационного исследования были доложены и обсуждены на 5 научно-практических конференциях, включая три международные («Индивидуальные и групповые стратегии преодоления кризисных ситуаций: в жизни, в профессии, в социуме», Санкт-Петербург, 26–28.03.10; «Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины», Санкт-Петербург, 15.05.08; «Equity in access to health promotion, treatment and care for all European women», Берлин, 6.10.07; «Психология совладающего поведения», Кострома, 16–18.05.07; «Domestic violence and health», Сан-Франциско, 15–17.03.07).

Основные положения работы были доложены и обсуждены на заседаниях Проблемных комиссий «Нервные и психические болезни» Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования (2010 г.) и «Медицинская психология и психотерапия» Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (2010 г.).

Внедрение. Материалы диссертации внедрены в лечебную работу поликлиники № 10 Санкт-Петербурга и в учебный процесс кафедры семейной

медицины и кафедры детской психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования.

Структура и объем диссертации. Объем диссертации составляет 249 страниц, иллюстрированных 22 таблицами и 6 рисунками. Диссертация состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. В работе цитируются 154 отечественных и 161 зарубежный источник литературы. В приложениях представлены пакет опросников, учетные формы, информационно-образовательные материалы, таблицы с первичными статистическими данными, а также разработанные на основании результатов диссертационного исследования программа дополнительного профессионального образования по медицинской психологии и методические рекомендации.

ОБЩЕЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. Для реализации цели и задач исследования в период с апреля по ноябрь 2007 г. в 24 отделениях общей врачебной практики поликлиник Санкт-Петербурга, выбранных методом простой рандомизации, было проведено одномоментное анонимное анкетирование 1232 женщин и 111 медицинских работников.

Критериями включения женщин в исследование были: самостоятельное обращение в отделение общей врачебной практики, возраст от 15 до 70 лет, информированное согласие на участие в исследовании и способность самостоятельно заполнить предлагаемые опросники. Критериями исключения из исследования были: состояние здоровья, не позволяющее самостоятельно заполнить опросники, присутствие рядом мужчины и/или ребенка старше 7 лет. Критериями включения в анкетирование для медицинских работников были: информированное согласие на участие в исследовании и работа на приеме в отделении в дни проведения опроса. Анкетирование проводилось от 3 до 5 дней в каждом отделении в утренние и вечерние часы приема. Параллельно анкетированию был проведен анализ 721 амбулаторной карты обследованных

женщин. Каждая пятая женщина ($n = 223$) была включена в подгруппу для экспериментально-психологического исследования.

Доля женщин, согласившихся принять участие в исследовании, от общего числа лиц, соответствовавших критериям включения, составила в среднем 70% (от 52,0% до 84,0% по отделениям общей врачебной практики). Их средний возраст составил $43,6 \pm 15,0$ года, среднее количество лет, затраченных на получение образования, — $14,4 \pm 4,5$ года. У 871 из 1197 женщин (72,8%) были дети. Доля женщин, находившихся в интимных отношениях с супругом/партнером в течение последнего года, составила 61,8% (740 из 1197); 457 человек (38,2%) указали на такие отношения в прошлом. Из 1194 женщин, ответивших на вопрос о семейном положении, 550 (45,9%) состояли в зарегистрированном браке, 166 (13,9%) пребывали в сожительстве, 167 (14,0%) находились в разводе, 143 (11,9%) были вдовами, а 166 (13,9%) никогда не состояли в браке и не имели устойчивых партнерских отношений. Совместно с супругами/партнерами проживали 687 из 1191 респонденток (57,4%). Женщины, вошедшие в экспериментально-психологическую подгруппу, оказались моложе лиц, не заполнявших психодиагностические опросники: 38,5 года (95% доверительный интервал (ДИ) 36,3–40,7 года) и 44,8 года (95% ДИ 43,6–46,0 года) соответственно. Среди первых было больше работающих ($p = 0,02$) и не имеющих детей ($p < 0,001$).

Доля медицинских работников, включенных в исследование, составила в среднем 57,0% (от 33,3% до 100,0% по отделениям общей врачебной практики). Среди них: 97 женщин и 14 мужчин, 68 врачей и 43 медицинские сестры. Средний возраст составил $40,7 \pm 11,7$ года, среднее количество лет, затраченных на получение образования, — 16,6 года (от 11 до 17 лет).

Для разработки в условиях общей врачебной практики организационной формы лечебно-психологической помощи женщинам, подвергавшимся насилию со стороны супруга/партнера, были проведены анализ нормативно-правовой документации и телефонный опрос руководителей поликлиник ($n = 21$), в которых проводилось исследование, а также 10 учреждений социальной защиты и трех женских общественных организаций Санкт-Петербурга.

С целью изучения клинико-, социально-психологических и деонтологических характеристик насилия со стороны супруга/партнера над женщинами применялись клинико-психологический, экспериментально-психологический и статистический методы.

Клинико-психологический метод включал:

- 1) получение во время беседы информации о семейных отношениях;
- 2) социально-демографическую анкету, составленную для исследования;
- 3) анкету «Алкоголь и наркотики» (Richardson J. et al., 2003) для выявления признаков злоупотребления алкоголем и употребления наркотиков;
- 4) анкеты «Вы и Ваш врач», «Вы и Ваши пациентки» (Richardson J. et al., 2003) для оценки готовности пациенток и медработников к общению на тему насилия между супругами/партнерами;
- 5) разработанную нами учетную форму для выкопировки из амбулаторных карт анамнестических данных и шифра основного диагноза по МКБ-10, выставленного врачом общей практики при последнем обращении;
- 6) учетную форму (Фонд народонаселения ООН, 2001) для внесения сведений об организационных формах и методах психологической и социальной помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации;
- 7) разработанную К. Hegarty (1999) и апробированную нами русскую версию методики «Составная шкала насилия». Данная методика широко используется в мире в условиях общей врачебной практики при изучении маркеров риска и частоты встречаемости направленного против женщин насилия со стороны супруга/партнера. Шкала представляет собой самоотчет из 30 пунктов, где женщина указывает частоту актов физической агрессии, психологического подавления, сексуального принуждения и контролирующего поведения, которые применял по отношению к ней супруг/партнер за 12 месяцев в настоящем или прошлом. Показатель исхода, измеряемый шкалой, — это бинарный признак — подвергалась женщина насилию со стороны супруга/партнера или нет. Считается, что женщина подвергалась насилию, если ее суммарный бал по шкале/субшкале равен или превышает рассчитанные автором методики отрезные точки, отсекающие ложноположительные

результаты.

Внутренняя согласованность и воспроизводимость русскоязычного варианта методики «Составная шкала насилия» были изучены на выборке из 32 ординаторов и врачей-слушателей кафедры семейной медицины Санкт-Петербургской медицинской академии последиplomного образования в возрасте от 23 до 54 лет (средний возраст 33 года). Коэффициент корреляции между результатами первого и второго тестирования с интервалом в две недели составил 0,93. Коэффициенты α Кронбаха и согласованности двух половин субшкал составили $\geq 0,80$, что позволило сделать вывод об адекватной надежности методики.

Экспериментально-психологическое исследование женщин проводилось с помощью следующих методик:

1. Гиссенский личностный опросник (ГТ) (Beckman D. et al., 1983; Голынкина Е.А. и др., 1993) для изучения психологического профиля личности и анализа социальных отношений.

2. «Опросник способов совладания» (ОСС) (Folkman S., Lazarus L.S., 1988; Крюкова Т.Л., 2007) для изучения ситуативных стратегий совладания с проблемами в близких отношениях

3. Опросник «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (КПСС) (Endler N.S., Parker J.D.A., 1990; Крюкова Т.Л., 2007) для изучения личностно-обусловленных стилей совладающего поведения.

Статистическую обработку медико-биологических данных проводили пакетами прикладных программ Statistica 5.5 и Stata 10 (Боровиков В., 2003; Реброва О.Ю., 2006; Hamilton L.C., 2009). Для оценки параметров изучаемых признаков использовались методы описательной статистики (показатели центральной тенденции, проценты с их 95% ДИ). Чтобы определить частоту встречаемости насилия, которому женщины подвергались когда-либо в жизни и за последний год, рассчитывали долю респонденток с суммарным баллом по «Составной шкале насилия», превышающим отрезную точку 7, относительно всех респонденток, когда-либо имевших интимных партнеров, и относительно состоявших в интимных отношениях на момент анкетирования. Затем для

отсечения ложноположительных результатов были использованы отрезные точки для четырех субшкал «Составной шкалы насилия», чтобы рассчитать частоту встречаемости комбинированного, физического, эмоционального насилия и преследования (Negarty K., 1999). Для всех последующих видов статистического анализа в качестве зависимой переменной рассматривался факт насилия со стороны супруга/партнера в анамнезе, установленный с помощью «Составной шкалы насилия». Таким образом, были сформированы две группы сравнения. В первую вошли женщины с установленным фактом насилия со стороны интимного партнера в анамнезе, во вторую — женщины без подобного факта в анамнезе.

Была использована логистическая регрессия с расчетом отношения шансов (ОШ) и 95% ДИ для оценки статистических ассоциаций между фактом партнерского насилия и психологическими, а также социальными параметрами. Сравнение двух независимых групп по номинальным и порядковым данным проводили с помощью непараметрических методов χ^2 , критерия Фишера. Сравнение количественных данных выполняли с использованием U-критерия Манна–Уитни, медианного χ^2 и модуля ANOVA. Для исследования взаимосвязей двух признаков рассчитывали ранговые (критерий ρ Спирмена) коэффициенты корреляции. Статистически значимыми считали различия с уровнем ошибки первого рода (α), не превышающим 0,05.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование психологических характеристик женщин, подвергавшихся насилию, было направлено на выявление психологических параметров, статистически ассоциированных с установленным фактом насилия со стороны супруга/партнера в анамнезе. Первичные медицинские документы удалось проанализировать у 721 женщины. Из них у 622 (86,3%; 95% ДИ 83,7–88,7%) врачи общей практики выявили соматические заболевания, а у 99 (13,7%;

95% ДИ 11,3–16,3%) — невротические, связанные со стрессом и соматоформные вегетативные расстройства (F40–F48, МКБ-10). В группу невротических расстройств вошли: 3 случая тревожно-фобического расстройства (F40), 10 — панического расстройства (F41), 16 — смешанного тревожного и депрессивного расстройства (F41.2), 68 — соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы (F45.3) и 2 — неврастении (F48). Сопоставление групп женщин, подвергавшихся и не подвергавшихся насилию со стороны супруга/партнера, показало, что в первой группе невротические расстройства встречаются чаще, чем во второй: 8,5% (95% ДИ 6,5–10,6%) и 5,3% (95% ДИ 3,8–7,0%) соответственно. При сравнении частоты встречаемости соматических расстройств было получено обратное соотношение: соматические заболевания в первой группе встречаются реже (30,1%; 95% ДИ 26,8–33,5%), чем во второй (56,2%; 95% ДИ 52,6–59,8%) ($p < 0,001$). Полученные данные позволяют считать невротические расстройства у женщин маркерами риска насилия со стороны супруга/партнера.

Изучение с помощью ГТ социально-психологических характеристик личности женщин, обращающихся к врачам общей практики, выявило, что социально желательными для них являются такие качества, как уверенность в социальном одобрении окружающих ($28,0 \pm 5,6$), склонность к рефлексии, зависимость ($27,7 \pm 5,5$) и развитые социальные навыки ($18,7 \pm 5,6$). Сравнительный анализ личностного профиля женщин, подвергавшихся и не подвергавшихся насилию со стороны супруга/партнера, показал, что для первых характерен сниженный фон преобладающего настроения ($29,4 \pm 6,0$ и $26,9 \pm 5,0$ соответственно; $p < 0,001$), а основным направлением агрессии является собственное «Я».

Изучение с помощью ОСС репертуара стратегий совладания с проблемами в близких отношениях показало, что обследованные женщины используют весь их спектр: конфронтацию ($8,3 \pm 3,0$), дистанцирование ($8,8 \pm 3,6$), самоконтроль ($12,8 \pm 3,3$), поиск социальной поддержки ($9,5 \pm 3,4$), принятие ответственности ($6,2 \pm 2,6$), бегство-избегание ($10,4 \pm 4,0$), планирование решения проблемы ($10,6 \pm 3,5$), положительную переоценку ($11,5 \pm 4,3$). Полученные по всем шкалам

опросника средние суммарные баллы соответствуют среднему уровню напряженности стратегий, говорящему об адапционном потенциале личности в пограничном состоянии. Однако при сравнительном анализе копинг-стратегий у женщин, подвергавшихся и не подвергавшихся насилию со стороны супруга/партнера, было установлено, что спектр первых имеет свои особенности. Женщины в первой группе чаще одновременно используют противоречащие друг другу стратегии принятия ответственности ($p = 0,05$) и бегства-избегания ($p = 0,02$). Более высокие баллы по шкале принятия ответственности ($7,0 \pm 2,7$ по сравнению с $6,1 \pm 2,5$) указывают на то, что женщины, подвергавшиеся насилию, чаще склонны признавать свою роль в возникновении проблемы и брать на себя ответственность за ее решение с четким компонентом самокритики и самообвинения, что является показателем неадаптивного совладания. Более высокие баллы по шкале бегства-избегания у женщин, подвергавшихся насилию со стороны интимного партнера ($11,3 \pm 4,1$), по сравнению с женщинами без подобного опыта ($10,1 \pm 4,0$) говорят о попытках первых преодолеть негативные переживания в связи с проблемами в близких отношениях за счет реагирования по типу уклонения: фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т. п. С одной стороны, эта стратегия помогает женщинам быстро снизить эмоциональное напряжение, с другой стороны, она делает невозможной разрешение проблемы взаимоотношений с супругом/партнером, способствует накоплению трудностей, приносит лишь краткосрочный эффект по снижению эмоционального дискомфорта.

При исследовании с применением опросника КПСС стилей совладания, используемых женщинами для адаптации к жизненным трудностям, был выявлен одинаковый средний уровень значений по трем шкалам, что является доказательством владения женщинами всеми копинг-стилями: проблемно-ориентированным (ПОК) ($53,8 \pm 9,6$), эмоционально-ориентированным (ЭОК) ($42,1 \pm 10,8$) и ориентированным на избегание ($43,4 \pm 9,4$). Сравнительный анализ показателей КПСС между женщинами, подвергавшимися и не подвергавшимися насилию, показал, что, при равных средних значениях по всем шкалам, выявляются различия в частоте использования двух копинг-стилей — ПОК и

ЭОК. Женщины из первой группы чаще демонстрируют высокие значения ПОК (13,3% против 8,3%), тогда как средние и низкие значения встречаются у них реже ($p = 0,04$). При этом доля женщин из первой группы, часто прибегающих к стилю, ориентированному на решение проблемы, остается незначительной и составляет лишь 13,3%. Анализ структуры содержания ПОК у респонденток, подвергавшихся насилию, показал, что для них характерно преимущественное использование единичных стратегий, основное содержание которых обдумывание и интеллектуализация, а не конкретные действия на пути решения проблемы.

У женщин, указавших на факт насилия со стороны супруга/партнера в анамнезе, чаще встречаются низкие (37,5% по сравнению с 30,2%) и высокие (30,5% против 15,5%) значения ЭОК, в то время как в группе сравнения преобладают средние уровни значений (54,3% и 31,9% соответственно; $p = 0,04$). Это показывает, что одни женщины из первой группы склонны к бурному проявлению эмоций, а именно: к агрессии, направленной на себя и других, к фиксации переживаний своей беспомощности, невозможности справиться с ситуацией, сосредоточенности на собственных недостатках, переживанию непосильного нервного напряжения. Другие женщины с низкими значениями эмоционально-ориентированного копинг-стиля демонстрируют эмоциональную холодность и безразличие в ситуации семейного стресса.

Изучение статистических взаимосвязей между видом насилия со стороны супруга/партнера и характеристиками личности женщин, стратегиями и стилями совладания показало следующее. Физическое насилие оказалось ассоциировано с нарастанием самообвинения ($7,4 \pm 2,7$ по сравнению с $5,9 \pm 2,5$; $p < 0,001$), эмоциональное — со смещением фона преобладающего настроения к депрессивному полюсу ($29,4 \pm 5,8$ по сравнению с $26,5 \pm 4,9$; $p < 0,001$), с противоречивыми стратегиями принятия ответственности ($6,7 \pm 2,7$ и $5,9 \pm 2,5$ соответственно; $p = 0,05$) и бегства-избегания ($11,0 \pm 4,0$ и $9,8 \pm 4,0$ соответственно; $p = 0,03$), а также с более редким использованием стиля социального отвлечения ($15,0 \pm 4,2$ по сравнению с $16,3 \pm 3,9$; $p = 0,03$). При установленном факте комбинированного насилия, кроме того, у респонденток

была выявлена низкая самооценка ($26,5 \pm 5,5$ и $28,5 \pm 5,6$ соответственно; $p = 0,03$).

Было установлено, что 32 из 75 женщин, подвергавшихся насилию со стороны супруга/партнера, не считали свои супружеские отношения семейным насилием. У тех женщин, которые признавали факт насилия со стороны супруга/партнера, был отмечен более низкий фон настроения ($29,7 \pm 5,9$ по сравнению с $28,8 \pm 6,1$; $p = 0,01$). Они реже прибегали к копинг-стилю социального отвлечения ($13,9 \pm 4,2$ и $16,5 \pm 4,1$ соответственно; $p < 0,001$).

Сравнительный анализ корреляционных связей между характеристиками личности, стратегиями и стилями совладания в группах женщин, подвергавшихся и не подвергавшихся насилию со стороны супруга/партнера, выявил статистически значимые различия по двум коэффициентам Спирмена (ρ). В первой группе сравнения оказалась сильнее корреляционная связь между шкалой ЭОК по опроснику КПСС и шкалой преобладающего настроения по ГТ ($\rho = 0,67$ по сравнению с $\rho = 0,47$; $p = 0,05$). При этом корреляционная связь между стратегиями конфронтации и социальной поддержки по ОСС в этой группе была выражена слабее ($\rho = 0,23$ и $\rho = 0,55$ соответственно; $p = 0,01$).

Выявленные статистические взаимосвязи между психологическими характеристиками женщин и фактом насилия со стороны супруга/партнера в анамнезе позволили сформулировать выводы о роли насилия в психологической дезадаптации, маркерах риска, мишенях для психологических вмешательств.

Исследование маркеров риска и частоты встречаемости насилия со стороны супруга/партнера. При анкетировании с помощью «Составной шкалы насилия» 1197 женщин, обратившихся к врачам общей практики, около трети — 37,1% (95% ДИ 34,4–40,0%) указали на факт насилия со стороны супруга/партнера, перенесенный когда-либо в жизни. При этом эмоциональному насилию подвергались 41,3% пациенток (95% ДИ 38,5–44,1%); физическому — 33,8% (95% ДИ 31,1–36,5%); комбинированному — 27,2% (95% ДИ 24,7–30,0%) и преследованию — 22,9% (95% ДИ 20,5–25,3%).

Частота встречаемости перенесенного за последний год насилия со стороны супруга/партнера составила 7,2% (95% ДИ 4,6–11,2%). Доля женщин,

подвергавшихся за последний год эмоциональному насилию, составила 9,2% (95% ДИ 6,7–12,6%); физическому — 6,4% (95% ДИ 4,3–9,4%); комбинированному насилию — 4,7% (95% ДИ 2,9–7,6%) и преследованию — 4,0% (95% ДИ 2,4–6,8%).

Доля медицинских работников, подвергавшихся насилию когда-либо в жизни, составила 25,0% (95% ДИ 13,9–36,1%). Частота встречаемости комбинированного насилия была 13,7% (95% ДИ 7,7–19,7%), эмоционального — 31,9% (95% ДИ 22,9–41,6%), физического — 28,1% (95% ДИ 18,9–37,4%), преследования — 14,9% (95% ДИ 6,1–23,7%). В сопоставимых по возрасту и уровню образования подвыборках доли пациенток и медицинских работников, подвергавшихся насилию со стороны интимного партнера когда-либо в жизни, не различались как в целом, так и по трем его видам (физическому, эмоциональному насилию и преследованию). Лишь на комбинированное насилие медицинские работники указывали реже ($p < 0,01$), чем их пациентки: 3,7% (95% ДИ 0,4–10,3%) и 19,0% (95% ДИ 15,2–23,1%) соответственно. Таким образом, было выявлено, что в условиях общей врачебной практики проблема насилия со стороны супруга/партнера встречается часто и в целом одинаково распространена как среди женщин, обращающихся за медицинской помощью, так и среди медицинских работников.

Многофакторный анализ показал, что женщины, пребывающие в сожительстве, в 1,9 раза чаще, чем женщины, состоящие в зарегистрированном браке, подвергались насилию со стороны интимного партнера (95% ДИ 1,3–2,8; $p = 0,002$). Разведенные женщины указывали на него в 2,3 раза чаще, чем женщины, состоящие в зарегистрированном браке (95% ДИ 1,8–3,7; $p = 0,02$). Респондентки, указавшие на факт насилия со стороны супруга/партнера, в 14,0 раз чаще (95% ДИ 9,9–19,8; $p < 0,001$), чем респондентки без подобного опыта, указывали на то, что иногда или часто испытывали чувство страха по отношению к своему настоящему/бывшему супругу/партнеру. Они также чаще субъективно оценивали свое здоровье как «плохое» (18,1% по сравнению с 13,9%; $p < 0,05$) и имели косвенные признаки злоупотребления алкоголем и употребления наркотиков ($p < 0,001$).

Выявленные статистические ассоциации позволили сформулировать выводы о социально-психологических маркерах риска насилия со стороны супруга/партнера у женщин, обращающихся за медицинской помощью в учреждения общей врачебной практики. Обнаруженные маркеры риска были включены в методические рекомендации для врачей с целью повышения качества диагностики и лечения пациенток с соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами, подвергавшихся насилию.

Исследование готовности пациенток и медицинских работников к взаимодействию при оказании лечебно-психологической помощи женщинам, подвергавшимся насилию. Только 16 женщин из 1159 ответивших на вопрос (1,4%; 95% ДИ от 0,8% до 2,4%) указали на то, что врачи общей практики спрашивали их об угрозах, запугивании со стороны супруга/партнера. Лишь 12 женщин из 1155 ответивших (1,0%; 95% ДИ 0,5–2,1%) вспомнили врачебные вопросы об актах физической агрессии, только 7 из 1160 (0,6%; 95% ДИ 0,3–1,2%) — вопросы врача о сексуальном принуждении. Около трети женщин (402/1159; 34,7%; 95% ДИ 31,5–38,0%) согласились с уместностью врачебных вопросов об угрозах, побоях, жестоком обращении со стороны супруга/партнера. Почти половина респонденток (500/1151, 43,4%; 95% ДИ 40,1–46,8%) не хотят, чтобы врачи задавали им вопросы о принуждении к сексу настоящим/бывшим супругом/партнером. Всего 22,0% женщин (256/1164; 95% ДИ 19,2–25,0%) посчитали уместным врачебный опрос о жестокости и насилии в близких отношениях, если они пришли на прием по поводу, не связанному с данной проблемой (вариант скрининга). Женщины, подвергавшиеся насилию, реже ($p = 0,02$) соглашались с уместностью врачебных вопросов об угрозах, побоях и жестоком обращении в близких отношениях (156/1159; 13,5%; 95% ДИ 11,5–15,8%), чем респондентки без подобного опыта (246/1159; 21,2%; 95% ДИ 18,6–24,1%).

Исследование готовности 111 врачей и медицинских сестер общей практики к опросу женщин на предмет насилия со стороны интимного партнера показало, что медицинские работники имеют заниженное представление о частоте встречаемости данной проблемы и не сформировали к ней определенного

отношения. Лишь 8 медицинских работников (9%, 95% ДИ 4–16%) указали частоту встречаемости более 10%, что и соответствует литературным данным и полученным нами результатам. Преобладающим ответом на вопросы об уместности опроса женщин на предмет физического, эмоционального и сексуального насилия со стороны интимного партнера был «не уверен/а» (46–57%, 95 % ДИ 36–67%). Положительное отношение к подобному опросу продемонстрировали менее половины медицинских работников (18–43%, 95% ДИ 11–52%).

Выявленная неготовность обеих сторон в системе «врач–больной» к оказанию лечебно-психологической помощи женщинам, подвергавшимся насилию со стороны супруга/партнера, позволила сформулировать вывод о необходимости образовательной программы для всех участников лечебно-диагностического процесса.

Разработка организационной формы лечебно-психологической помощи пациенткам с соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами, подвергавшимся насилию. Опрос главных врачей поликлиник, где находились отделения общей врачебной практики (n = 21), показал, что в Санкт-Петербурге имеется дефицит психотерапевтических кабинетов первичной медицинской помощи. В то же время в системе социальной защиты развернуты стационарные и амбулаторные центры помощи семье. Кроме того, помощь женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, оказывают женские общественные организации. В их штате работают многопрофильные бригады, включающие психолога, специалиста по социальной работе, юриста и др. Учитывая территориальный принцип работы учреждений общей врачебной практики и органов социальной защиты, можно утверждать, что сотрудничество семейного врача с многопрофильной бригадой, специализирующейся на оказании помощи женщинам, оказавшимся в трудной жизненной ситуации, является логичным и сопряжено с минимальными затратами.

ВЫВОДЫ

1. У женщин, обращающихся за медицинской помощью в общую

врачебную практику, выявлена статистическая взаимосвязь между насилием со стороны супруга/партнера в анамнезе и невротическими, связанными со стрессом и соматоформными вегетативными расстройствами, что позволяет рассматривать их в качестве маркера риска.

2. Для женщин, которые подвергались насилию со стороны супруга/партнера, характерны пониженный фон преобладающего настроения и направленность агрессии против собственного «Я», нарастающие при осознании факта насилия, что говорит о его роли в психической дезадаптации.

3. У женщин, подвергавшихся насилию со стороны супруга/партнера, преобладают неадаптивные копинг-стратегии и стили, что свидетельствует об их повышенной уязвимости к психотравмирующим семейным ситуациям и подверженности психической дезадаптации, с клиническими проявлениями которой они обращаются за медицинской помощью к врачам общей практики.

4. Между видами насилия со стороны супруга/партнера существуют соотношения по характеру включения: наиболее распространенный эмоциональный вид является ядром, на основе которого возникают физическое, комбинированное насилие и преследование. Вид насилия ассоциирован со специфическими неадаптивными стратегиями совладания с проблемами в близких отношениях.

5. У наблюдающихся у врачей общей практики пациенток с соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами маркерами риска насилия со стороны супруга/партнера являются пребывание в сожительстве или разводе, чувство страха по отношению к супругу/партнеру, низкая субъективная оценка своего здоровья, признаки злоупотребления алкоголем, употребления наркотиков.

6. В условиях общей врачебной практики лечебно-психологическая помощь пациенткам с соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами, подвергавшимся насилию со стороны супруга/партнера, должна учитывать его высокую частоту встречаемости, маркеры риска, эмоционально-личностные и поведенческие характеристики женщин, неготовность пациенток и медицинских работников к взаимодействию, что требует образовательной

программы для всех участников лечебного процесса.

7. Психологическая помощь женщинам, подвергавшимся насилию со стороны супруга/партнера, должна включать их активное выявление врачом общей практики на основе маркеров риска и направление к специалистам многопрофильной бригады психотерапевтического кабинета первичной медицинской сети, в территориальный центр социальной помощи семье или в общественную организацию с целью коррекции эмоционально-личностных реакций и неадаптивного совладания со стрессом.

Практические рекомендации

1. В условиях общей врачебной практики принципами организации лечебно-психологической помощи пациенткам с соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами, подвергавшимся насилию со стороны супруга/партнера, являются: их активное выявление на основе маркеров риска, применение методов психологической коррекции, направление к специалистам многопрофильной бригады психотерапевтического кабинета первичной медицинской сети, в территориальный центр социальной помощи семье или в общественную организацию.

2. Ввиду того что насилие со стороны супруга/партнера, направленное против женщин, широко распространено и отличается латентностью, врачу общей практики во время опроса и осмотра женщин следует выделять тех, кто имеет маркеры риска, и проводить прицельный опрос с целью выявления проблем в семейных отношениях. Маркерами риска насилия со стороны супруга/партнера являются: невротические, связанные со стрессом, соматоформные вегетативные расстройства (F40–F48, МКБ-10), пребывание в сожительстве или разводе, чувство страха по отношению к настоящему/бывшему супругу/партнеру, низкая субъективная оценка здоровья, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков, сниженный фон преобладающего настроения, выраженные или слабые эмоциональные реакции.

3. Вследствие преимущественно неопределенного и отрицательного отношения женщин к врачебному опросу на тему насилия между

супругами/партнерами проводить его можно только после адекватного присоединения. С целью предупреждения ревиктимизации при формулировании вопросов следует избегать слов «насилие», «жертва» и т. п.

4. В рамках компетенции врача общей практики психологическая помощь женщинам, подвергавшимся насилию со стороны интимного партнера, заключается в применении методов психологической коррекции с информированием о психотерапевтическом кабинете первичной медицинской сети или территориальном центре социальной помощи семье или общественных организациях. Мишенями для психологических вмешательств специалистов при работе с пациентками, подвергавшимися насилию со стороны супруга/партнера, страдающими соматическими заболеваниями и невротическими расстройствами, являются сниженный фон преобладающего настроения и неадаптивное совладающее поведение.

Список основных публикаций по теме диссертации

Научные статьи в журналах по перечню ВАК

1. Лохматкина, Н.В. Насилие со стороны интимного партнера, направленное против пациенток врача общей практики / Н.В. Лохматкина // Российский семейный врач. — 2007. — Т.11, № 2. — С. 40–42.

2. Лохматкина, Н.В. Роль врача общей практики при оказании помощи женщинам, подвергшимся насилию со стороны интимного партнера / Н.В. Лохматкина, О.Ю. Кузнецова, И.М. Никольская // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. — 2007. — Т. 8, № 4. — С. 29–33.

3. Лохматкина, Н.В. Совладающее поведение пациенток общей врачебной практики, подвергающихся насилию со стороны интимного партнера / Н.В. Лохматкина, И.М. Никольская, О.Ю. Кузнецова // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. — 2008. — Т. 29,

№ 4. — С. 211–214.

Другие научные публикации

4. Лохматкина, Н.В. Опрос пациенток на предмет насилия со стороны интимного партнера и оказание пострадавшим помощи в общей врачебной практике: метод. рек. / И.М. Никольская, Н.В. Лохматкина. — СПб., 2008. — 24 с.

5. [Лохматкина, Н.В. Клинико-психологические особенности и совладающее поведение у пациенток амбулаторно-поликлинических учреждений, пострадавших от насилия со стороны интимного партнера](#) / Н.В. Лохматкина, О.Ю. Кузнецова, И.М. Никольская // [Психология совладающего поведения](#): сб. тезисов междунар. науч.-практ. конф., Кострома, 16–18 мая 2007 г. — [Кострома, 2007.](#) — С. 327–329.

6. Lokhmatkina, N. Intimate partner abuse against women receiving care at Saint-Petersburg public primary care clinics / N. Lokhmatkina // Equity in access to health promotion, treatment and care for all European women: European conference, Berlin, 5–7 October 2007. — Berlin, 2007. — P. 27.

7. Лохматкина, Н.В. Насилие со стороны интимного партнера, направленное против женщин-пациенток общей врачебной практики: распространенность, активное выявление / Н.В. Лохматкина, О.Ю. Кузнецова // Клинические протоколы в общей врачебной практике: сб. тезисов Всероссийской науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 9–10 окт. 2007 г. — СПб., 2007. — С. 105–107.

8. Лохматкина, Н.В. Отношение пациенток к врачебному опросу на предмет выявления насилия со стороны интимного партнера / Н.В. Лохматкина // Актуальные вопросы клинической и экспериментальной медицины: сб. тез. науч.-практ. конф., Санкт-Петербург, 15 мая 2008 г. — СПб., 2008. — С. 16–17.

9. Лохматкина, Н.В. Личный опыт партнерского насилия медработников общей практики и их отношение к опросу пациенток на предмет жестокого обращения в семье / Н.В. Лохматкина, О.Ю. Кузнецова, И.М. Никольская // Актуальные проблемы внедрения общей врачебной практики в России: сб. тезисов III съезда врачей общей практики (семейных врачей), Белгород, 29–31 октября 2008 г. — Вестник семейной медицины. — 2008. — № 7. — С. 162–163.

10. Лохматкина, Н.В. Условия для эффективной реабилитации пациенток общей врачебной практики, получивших травмы опорно-двигательного аппарата вследствие насилия со стороны интимного партнера / Н.В. Лохматкина, О.Ю. Кузнецова // Человек и его здоровье: сб. тезисов XIII Российского национ. конгресса, Санкт-Петербург, 25–28 ноября 2008 г. — СПб., 2008. — Т. 34, № 4. — С.68.

11. Лохматкина, Н.В. Чувство страха как индикатор насилия со стороны интимного партнера у пациенток общей врачебной практики / Н.В. Лохматкина // Жизнь без насилия: материалы науч.-практ. семинара, Санкт-Петербург, 15 марта 2009 г. / под ред. С.Л. Акимовой. — СПб., 2009. — С. 39–41.

12. Лохматкина, Н.В. Клинико-психологические особенности пациенток, подвергавшихся партнерскому насилию (в связи с задачами организации лечебно-психологической помощи в условиях общей врачебной практики) / Н.В. Лохматкина // Индивидуальные и групповые стратегии преодоления кризисных ситуаций: в жизни, в профессии, в социуме: материалы 2-го съезда психотерапевтов и консультантов СЗФО РФ, Санкт-Петербург, 26–28 марта 2010 г. — СПб., 2010. — С. 41.

13. Лохматкина, Н.В. Деонтологические аспекты лечебно–психологической помощи наблюдающимся в общей врачебной практике пациенткам, подвергавшимся партнерскому насилию / Н.В. Лохматкина, Э.Г. Эйдемиллер // Клиническая психология: Итоги. Проблемы. Перспективы: сб. тезисов Всероссийской науч.-практ. конф. с междунар. участием, Санкт-Петербург, 27–28 апреля 2010 г. — СПб., 2010. — С. 36–42.

14. Лохматкина, Н.В. Организационная форма лечебно–психологической помощи женщинам, наблюдающимся в общей врачебной практике, которые подвергались партнерскому насилию / Н.В. Лохматкина, Э.Г. Эйдемиллер, О.Ю. Кузнецова // Чрезвычайные ситуации: организационные, эколого–гигиенические и эпидемиологические проблемы: материалы XXXXIII научн. конф. СПбМАПО «Хлопинские чтения», Санкт-Петербург, 12 мая 2010 г. — СПб., 2010. — С. 61–64.

15. Lokhmatkina, N.V. Prevalence and associations of partner abuse in women

attending Russian general practice [Электронный ресурс] / N.V. Lokhmatkina, O.Yu. Kuznetsova, G.S. Feder // Family Practice. — 2010. — Электрон. дан. — Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20591818>, свободный. — Загл. с экрана. (Журнал входит в систему цитирования Web of Science).

Список использованных сокращений

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения

ГТ — Гиссенский тест

ДИ — доверительный интервал

КПСС — опросник «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях»

МКБ-10 — международная классификация болезней десятого пересмотра

ОСС — Опросник способов совладания

ОШ — отношение шансов

ПОК — проблемно-ориентированный копинг

ЭОК — эмоционально-ориентированный копинг