

дентов, высокие показатели выявлены у 40 % испытуемых. Для подростков из неполных семей по данной шкале в 40 % случаев характерны низкие показатели, средние показатели выявлены у 38 % опрошенных, высокие показатели выявлены у 22 % подростков.

По шкале внутриличностного эмоционального интеллекта у подростков из полных семей низкие показатели установлены у 28 % опрошенных, средние показатели выявлены у 42 % подростков, высокие показатели выявлены у 30 % испытуемых. Для подростков из неполных семей по данной шкале в 32 % случаев характерны низкие показатели, средние показатели выявлены у 48 % опрошенных, высокие показатели выявлены у 20 % подростков.

По шкале понимания эмоций у подростков из полных семей низкие показатели установлены у 18 % опрошенных, средние показатели выявлены у 46 % подростков, высокие показатели выявлены у 36 % испытуемых. Для подростков из неполных семей по данной шкале в 36 % случаев характерны низкие показатели, средние показатели выявлены у 30 % опрошенных, высокие показатели выявлены у 34 % подростков.

По шкале управления эмоциями у подростков из полных семей низкие показатели установлены у 40 % опрошенных, средние показатели выявлены у 28 % подростков, высокие показатели выявлены у 32 % испытуемых. Для подростков из неполных семей по данной шкале в 34 % случаев характерны низкие показатели, средние показатели выявлены у 52 % опрошенных, высокие показатели выявлены у 14 % подростков.

В результате проведенного эмпирического исследования установлено, что существуют статистически значимые различия между выборкой подростков из полных семей и неполных семей по параметрам «Познание результатов поведения», «Познания классов поведения». Также, установлено наличие статистически значимых различий в уровне развития параметров эмоционального интеллекта. На основании ранее полученных данных можно утверждать, что более высокий уровень межличностного эмоционального интеллекта, внутриличностного эмоционального интеллекта, уровня понимания эмоций, уровня управления эмоциями является психологической особенностью группы подростков из полных семей.

#### Список использованных источников

1 Андреева, И. Н. Понятие и структура эмоционального интеллекта / И. Н. Андреева // Социально–психологические проблемы ментальности: 6–я Междунар. научно–практ. конф. 26–27 ноября 2004 г. – Смоленск, 2004. Ч. 2. – С. 22–26.

2 Баширов, И. Ф. Социальный интеллект как фактор успешности профессиональной деятельности военного психолога : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05 / И. Ф. Баширов ; Военный университет. – М., 2006. – 181 с.

3 Гарднер, Г. Структура разума: теория множественного интеллекта / Г. Гарднер. – М. : ООО «И.Д. Вильямс», 2007. – 512 с.

**А. Н. Редюк**

Научный руководитель: А. Н. Крутолевич, канд. психол. наук, доцент  
Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины,  
г. Гомель, Республика Беларусь

#### **КОМПЛЕКСНОЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО У ПОСТРАДАВШИХ ОТ ДОМАШНЕГО НАСИЛИЯ**

*Статья посвящена одной из самых актуальных социально-психологических проблем современного общества – домашнему насилию. Проводится аналогия разрушительных последствий от военных действий для общества, и последствий для пострадавших от домашнего насилия, проявляющегося на психическом уровне в виде структурной диссоциации.*

*Приводятся основные признаки комплексного посттравматического стрессового расстройства, а также методы и этапы психотерапевтической помощи пострадавшим от домашнего насилия.*

*Ключевые слова: домашнее насилие, психическая травма, ПТСР, КПТСР, диссоциация.*

Насилие как одна из самых актуальных социально-психологических проблем современного общества представляет собой деструктивное взаимодействие групп людей или отдельных индивидов, в ходе которого одни индивиды с помощью явного или скрытого принуждения подчиняют и используют жизни и ресурсы других индивидов для удовлетворения собственных потребностей. Домашнее насилие – это неявный механизм перераспределения ресурсов внутри семьи, где физически или эмоционально зависимая личность вынуждена отказываться от своих потребностей и действовать в интересах агрессора для сохранения собственной жизни, избегания страданий или в надежде на удовлетворение своих потребностей в будущем, находясь в отношениях принадлежности к агрессору [3].

Явные проявления домашнего насилия – телесные повреждения различной степени тяжести, изнасилования, нанесение ущерба имуществу, оскорбления, угрозы, шантажи, лишение пищи и финансовой поддержки. Более завуалированные формы могут быть представлены в виде обесценивания, контроля, принуждения к нежелательным действиям, игнорирования или отсутствия действий, необходимых для поддержания жизни, здоровья и развития личности. Такие явления как фобии, зависимости, депрессии, суициды, обсессивно-компульсивные расстройства, аборты, психосоматические заболевания, проблемы пищевого поведения в нашем обществе принято рассматривать как традиционные негативные явления. Вместе с тем данные явления являются прямыми признаками существования насилия в семье и обществе.

В большинстве случаев на начальном этапе насилия не только не проявляется внешне, но и не осознается ни лицами, которые подвергаются насильственным действиям, ни лицами, производящими различные виды насилия над членами своей семьи, и воспринимается как норма поведения. Однако, обладающее эскалационным свойством насилие со временем приобретает все более явный и разрушительный характер.

Открытое высокой интенсивности насилие на мировом и региональных уровнях проявляется в виде различных вооруженных столкновений и войн, следствием которых являются уничтоженные жизни людей, многочисленные физические ранения, травмы и болезни у выживших, разрушенная инфраструктура, огромные экономические потери, ожесточения и разделения отношений между народами и членами одной семьи.

У участников и свидетелей боевых действий военными психиатрами обычно диагностируется посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). ПТСР – тяжелое психическое состояние, которое может возникнуть в результате воздействия краткосрочного, внезапного травматического события (либо ограниченной по времени серии шоковых событий), влекущего за собой нарушение физической целостности либо угрозу смерти, где человек ощущал беспомощность и невозможность действовать, чтобы защитить себя, либо того, кто был подвергнут опасному воздействию.

ПТСР в МКБ-11 характеризуется такими симптомами как:

- повторные переживания травматических событий в виде флешбэков, интрузий, ночных кошмаров, представленных в разных сенсорных модальностях и их сочетаниях;
- избегание мест, людей, вещей, действий, мыслей, ощущений, напоминающих о травмирующем опыте;
- гипербдительность и усиленная реакция испуга из-за постоянного субъективного чувства угрозы.

В МКБ-11 представлена еще одна разновидность психических травм (дословно: психических и поведенческих расстройств, связанных со стрессом), получивших название «осложненное или комплексное посттравматическое стрессовое расстройство» (КПТСР), ко-

торое вызвано не ситуативной, а пролонгированной (продолжающейся в течении длительного времени) травмой, из которой невозможно было выйти. К такого рода воздействиям относятся участие в военных действиях, рабство, длительное физическое, сексуальное и эмоциональное насилие.

Кроме основных трех корневых симптомов общих с ПТСР, описанных в МКБ-11, у КППТСР имеются еще 3 дополнительных симптома, относящихся к категории «нарушения Я-организации»:

- трудности в регуляции эмоций (особенно страха и гнева), проявляющиеся в дисфории, мыслях о суициде, использовании собственного тела (самоповреждения, компульсивное переедание) и внешних ресурсов (сексуальная активность, психоактивные вещества) для эмоционального успокоения;
- нарушение самовосприятия – самооценка становится стабильно низкой, человек ощущает себя униженным, ничего не стоящим, неэффективным и беспомощным. Возникает токсический стыд, объясняющий негативное отношение к себе других людей («ко мне плохо относятся, потому что со мной что-то не так»), и токсическая вина как попытка взять ответственность в свои руки, чтобы иметь возможность изменить ситуацию;
- нарушения в отношениях, которые проявляются в недоверии, трудностях при самораскрытии, обращении за помощью и поддержкой к другим людям. Люди с КППТСР не способны вовремя заметить опасность и выйти из травмирующих отношений. Страх близости связан со страхом привязанности, потому что человек, от которого продолжительное время зависел пострадавший, использовал его и причинял ему вред [4].

Если связь между шокowymi травмами военного и катастрофического характера и ПТСР в психотерапевтическом и психиатрическом сообществе является естественной и очевидной, то связь между домашним насилием и КППТСР является нелогичной и латентной. Введение этого диагноза делает видимыми страдания жертв и потерпевших от домашнего насилия, объясняет причины неэффективности и частых срывов терапии данной категории лиц, а также дает шанс специалистам идентифицировать этот диагноз и использовать более прямые и эффективные способы справиться с этим расстройством.

Основными признаками людей, страдающих КППТСР, являются:

- диссоциированность – восприятие событий своей жизни не от первого лица; несоответствие интонации, позы и жестов смыслу рассказа;
- разрыв между развитием и достижениями в различных жизненных сферах;
- многочисленные неудачи в психотерапии с разными терапевтами, сопровождающиеся установкой «терапевт может меня не выдержать»;
- жалобы на внезапные труднопереносимые эмоциональные состояния, которые не имеют оснований в реальном жизненном контексте;
- повышенный контроль и тревожность, невозможность расслабиться;
- стабильно низкая самооценка: ощущение себя как ненужного, никчемного, ничтожного, отверженного и недостойного внимания;
- трудности с созданием длительных и ресурсных личных отношений.

Наиболее часто КППТСР путают с различными формами расстройств гиперактивного, тревожного, депрессивного, пограничного, аутистического, нарциссического, биполярного, созависимого, обсессивно-компульсивного спектров. Люди, страдающие КППТСР, чаще всего воспринимают свое состояние как норму, как особенность характера, а не как последствия неудовлетворительных внешних условий их жизни и развития, поэтому если и обращаются за помощью, то не могут объяснить, что именно вызывает дискомфорт в их жизни.

В основе КППТСР лежит психическая травма – новообразование, возникшее в психике вследствие травматического события как адаптивная структура. О. Ван дер Харт в своей теории травмы называет это новообразование структурной диссоциацией. Это расстройство формируется в результате повторных и многократных эпизодов диссоциации, которые происходят в состоянии крайнего стресса, связанного с насилием [1].

Приведшее к КППСР травматическое воздействие было настолько нормальным, постепенным и постоянным в физическом мире пострадавшего, и одновременно настолько невыносимым для его психики, что единственным способом для выживания было диссоциировать (расщепить или вытеснить) этот опыт. Диссоциация – механизм реакции и адаптации к стрессовым ситуациям, который предполагает, что информация, полученная в процессе травматического воздействия, становится недоступной для ассоциативного доступа или, другими словами, она становится рассогласованной (неконгруэнтной). Диссоциация в этом случае будет выражаться в разобщении психических процессов. В норме психические процессы функционируют параллельно и представляют собой континуум поведения, аффектов, сенсорных ощущений и когниций.

Домашнее насилие представляет собой жестокое обращение, пренебрежение, депривацию основных психофизиологических и социальных потребностей человека, находящегося в силу возраста или других обстоятельств (беременность, инвалидность и пр.) в зависимости от другого человека. Поэтому на практике большинством специалистов помогающих профессий термин КППСР используется как синоним травмы привязанности, травмы развития, ранней детской травмы, связанной не только с насильственными действиями высокой интенсивности лиц, имеющими власть над пострадавшими, но и с игнорированием и отсутствием действий, необходимых для удовлетворения нужд здорового развивающегося человека. Ситуации межличностного насилия, сопровождающиеся хроническим предательством человека, являющегося объектом привязанности, хотя и не связаны непосредственно с угрозой жизни, повышают риск развития комплексной травматизации. Развитие личности происходит в среде, где основная энергия человека направлена на выживание, а не на решение обычных задач возрастного развития, то есть человек ориентирован не на получение удовольствия, а акцентируется на избегании боли.

Таким образом диагноз КППСР не является личностным расстройством, а возникает как адаптивная структура в психике, в ответ на травматическую внешнюю среду. Следовательно, при изменении внешней среды и адекватной психотерапевтической работе КППСР можно преодолеть, восстанавливая естественные процессы эмоционального и социального развития [5].

Наиболее эффективными терапевтическими направлениями для работы с КППСР у жертв домашнего насилия являются подходы, уделяющие особое внимание теории привязанности и отношениям, возникающим в паре «клиент-терапевт», а также интеграции фрагментированных личностных структур, образовавшихся в психике в качестве адаптивной функции выживания: гештальт-терапия, схема-терапия, эмоционально-образная терапия, эмоционально-фокусированная терапия, соматическая терапия П. Левина, ДПДГ, пролонгированная экспозиция КПТ, некоторые техники телесно-ориентированной терапии, психодрамы, расстановочные техники и их сочетания [3; 6].

Можно выделить следующие основные этапы лечения пострадавших от домашнего насилия с КППСР:

1. Стабилизация и развитие чувства безопасности. Делается упор на работу с факторами в окружении пострадавшего, которые представляют угрозу для его физической и психической безопасности. Проводится работа с внутренними структурами, которые в отсутствии реальной угрозы, реагируя на триггеры, запускают череду ассоциаций, ведущих к неадекватным реакциям и / или ретравматизации.

2. Реконструкция и переоценка травматических воспоминаний. Сюда входит восстановление травматического опыта и его перепроживание в безопасных условиях с целью интеграции травматических воспоминаний в автобиографическую память, с изменением когнитивных представлений о себе и отношений с другими людьми.

3. Работа с эмоциональными и социальными компетенциями пострадавшего с последующей апробацией их в реальных жизненных условиях, при постоянной или бустерной поддержке терапевта [3].

Диагноз КПТСР образуется у пострадавших от домашнего насилия в результате нахождения в длительных зависимых отношениях, деструктивность которых скрыта и воспринимается как норма. Постоянная фрустрация здоровых потребностей в зависимых от агрессора отношениях приводит к постепенному лишению жертвы жизненных сил и ресурсов, и с течением времени уменьшает шансы выхода из таких отношений. Если фигура привязанности и агрессор представляют собой одного и того же человека, то привязанность становится зависимостью. Поэтому основным психотерапевтическим направлением в работе с жертвами домашнего насилия является построение надежных привязанностей с ресурсными для пострадавшего людьми [2].

Способность специалистов в области психического здоровья идентифицировать диагноз КПТСР отражает как изменения в восприятии темы домашнего насилия, так и признание травматического опыта своих пациентов для более эффективной помощи пострадавшим от домашнего насилия. Снижение уровня домашнего насилия является важнейшим фактором профилактики большого числа психических расстройств и основным инструментом оздоровления общества.

### Список использованных источников

1 Ван дер Харт, О. Призраки прошлого: Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы / О. Ван дер Харт, Э. Р. С. Нейенхюс, К. Стил; пер. с англ. – М. : Когито-Центр, 2013. – 496 с.

2 Микаэлян, Л. Л. Роль надежной привязанности в терапии травмы. Эмоционально-фокусированный подход / Л. Л. Микаэлян // Психология и психотерапия семьи. – 2020 – № 1. – С. 12–33.

3 Орлова, Т. За закрытыми дверями. Почему происходит домашнее насилие и как его остановить / Т. Орлова. – М. : БФ «Нужна помощь», 2022. – 242 с.

4 Падун, М. А. Комплексное ПТСР: особенности психотерапии последствий пролонгированной травматизации / М. А. Падун // Консультативная психология и психотерапия. – 2021. – Т. 29. – № 3. – С. 69–87.

5 Уокер, П. Комплексное ПТСР: руководство по восстановлению от детской травмы / П. Уокер; пер. с англ. Т. А. Исмаил. – Киев. : «Диалектика», 2020. – 274 с.

6 Шварц, А. Терапия комплексного посттравматического стрессового расстройства: практическое руководство / А. Шварц. – СПб. : «Диалектика», 2020. – 176 с.

#### Я. В. Свило

Научный руководитель: Е. А. Лупекина, канд. психол. наук, доцент  
Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины,  
г. Гомель, Республика Беларусь

### МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ ОТНОШЕНИЯ КАК РЕСУРС ЛИЧНОСТИ ДЕТЕЙ РАЗВЕДЕННЫХ РОДИТЕЛЕЙ В ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

*В статье подростковый возраст рассматривается как важный период в развитии личности. Подчеркивается значение межличностных отношений и общения со сверстниками для детей подросткового возраста. Выявлены значимые различия в социометрических статусах подростков из полных семей и неполных семей. У детей из полных семей социометрические статусы выше, преобладает благоприятный статус, у детей разведенных родителей подросткового возраста – неблагоприятный.*

*Ключевые слова: подростковый возраст, межличностные отношения, развод родителей, социометрический статус.*