

## ПІДХОДИ ДО ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ НАСИЛЬСТВА НАД ЖІНКАМИ В СІМ'ЯХ, ДЕ ЧОЛОВІКИ ЗЛОВЖИВАЮТЬ АЛКОГОЛЕМ

*У статті висвітлюються підходи до проведення соціально-психологічної роботи зі співзалежними жінками, які зазнали насильства в родинях, з метою подолання наслідків таких дій. Розглядаються вітчизняні та зарубіжні моделі роботи, які існують у практиці сьогодення. Описуються наслідки насильницьких дій для особистості жінки, що є предметом втручання практиків.*

### **Індивідуально-психологічний вимір проблеми насильства над жінками в сім'ї**

Подвійна «стигматизація» жінок (перебування в стані співзалежності та «володіння» цілим комплексом негативних наслідків насильства) вимагає вироблення комплексного підходу до роботи з ними. В контексті цих завдань заслуговує на увагу розгляд індивідуально-психологічного аспекту проблеми насильства, що передбачає акцентування уваги дослідників на визначенні наслідків насильницьких дій.

Так, у жінок, які потерпають від різних форм насильства у сім'ї, формуються певні реакції на травматичні ситуації, які є предикатами комплексу хвороб та ускладнень. Серед них дослідники виділяють явище набутої безпорадності [1], віктимізації [2; 3], симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [4].

І. А. Грабська наголошує на психологічних змінах, які відбуваються з жінками. По-перше, змінюється ставлення до себе (втрачається інтерес до себе, домінує відчуття самотності, неоптимальності, втрачається самоповага, знижується самооцінка); по-друге, змінюється ставлення до інших людей, суспільства (виникає відраза до людини, яка була причиною кризи, обмежуються контакти і спілкування, зростає недовіра до людей, образа на інших); по-третє, змінюється ставлення до життя (з'являються тривога за своє майбутнє та майбутнє своїх дітей, відчуття, що життя скінчилося, втрачається сенс життя) [5].

Д. Валкер, описуючи синдром побитої жінки, також визначає певні особливості стану жінок, які зазнавали фізичного насильства з боку партнера. Серед них: зниження рівня самооцінки; віра у міфи про причини побиття; дотримання тради-

ційних укладів (традиційних сімейних цінностей, сексуально-рольових стереотипів); самозвинувачення за акти побиття; страждання від комплексу провини; пасивність; наявність певних стресових реакцій з психіатричними компонентами; використання сексу для встановлення близькості; переконання в тому, що ніхто не зможе допомогти вирішити ситуацію [6].

Соціально-психологічний стан жінок, які зазнали насильства в сім'ї залежного від алкоголю, характеризується також формуванням низки рис та якостей, які підсилюються так званим феноменом співзалежності, що визначає подвійну стигматизацію останніх. Серед них страх, почуття провини, гнів, сором, відчай, заперечення, ригідність, порушення ідентифікації власних потреб, суміщення понять [7].

Такий стан жінок вимагає вироблення комплексного підходу до подолання наслідків насильства та співзалежності, відповідної стратегії корекційної програми з урахуванням особливостей соціально-психологічного стану жінок. Отже, у цій статті розглядатимуться відповідні сучасні моделі практичної соціально-психологічної роботи з жінками, терапевтичні чинники, що можуть бути використані в такій роботі, а також досвід проведення тренінгів із застосуванням сучасних моделей.

### **Моделі роботи зі співзалежними жінками**

Соціально-психологічна робота з жінками, які перебувають у стані співзалежності, уже довгий час існує у зарубіжній практиці [8-10]. Досвід науковців та практиків російських шкіл також доводить актуальність цієї проблеми [11-13]. У вітчизняній практиці лише в останні роки

проблема співзалежності стає предметом аналізу дослідників.

Найбільшого поширення у світовій практиці набули програми, які включають такі види діяльності: навчання з питань залежності й співзалежності; індивідуальна та групова психотерапія; сімейна психотерапія; подружня психотерапія, а також підкріплення у вигляді відвідування груп самопомоги типу АЛ-АНОН чи НАР-АНОН; читання літератури, що стосується відповідної проблеми [14].

Г. А. Ананьева пропонує такі можливі форми допомоги співзалежним: просвітництво як стартова позиція для ідентифікації проблеми співзалежності; психологічна підтримка і самопомога (професійно керовані групи, завданням яких є виявляти готовність до змін, обговорювати проблеми, що хвилюють); допомога професійних консультантів з проблем хімічної залежності та сімейних проблем. На думку авторки, лікування чи реабілітація може проходити в стаціонарах (однак у нашій країні ще не розвинутий такий вид допомоги співзалежним), амбулаторно, бути індивідуальним або в складі груп, сімейної пари чи всієї родини [15].

Під час роботи з сімейною парою чи родиною звертають увагу на: відновлення взаєморозуміння, довіри, контакту в родині; вироблення взаємодій і спільних цілей у лікуванні; відновлення цінності сім'ї; подолання співзалежності у стосунках. На думку Ю. В. Валентика, це дасть можливість сім'ї функціонувати на якісно новому рівні [16].

На думку багатьох дослідників, найефективнішим методом є групова психотерапія. Особливої популярності набули групи самопомоги для родичів НАР-АНОН, АЛ-АНОН. Разом з тим, вдалим вважають і проведення психотерапевтичних занять. Нині є спеціально розроблені програми, в яких взято до уваги найкращий світовий досвід. У групових дискусіях обговорюються такі теми, як: «Батьківська сім'я і співзалежність», «Контролююча поведінка», «Ідентифікація почуттів», «Межі особистості» тощо.

Однак, як вважає В. Д. Москаленко, ще до психотерапевтичних занять доцільно запровадити тренінгові програми, які мають включати викладання концепції залежності та співзалежності, основних ознак співзалежності, концепції дисфункціональної сім'ї, форм психологічного захисту [17].

Ц. П. Короленко та Н. В. Дмитрієва описують можливі психотерапевтичні стратегії корекції співзалежності. Вони наголошують на необхідності звертання до свідомості клієнта через об'єктивне інформування про те, що відбувається із співзалежним і до яких наслідків це призводить. На їхню думку, важлива інтеграція інформації в свідомість клієнта [18]. Окрім того, одним з напрямків може бути пошук соціопсихологічних чинників, які провокують розвиток співзалежності. Особлива увага має звертатися на наявність у співзалежних комплексу неповноцінності, який істотною мірою визначає їхню життєву стратегію. Співзалежні вважають, ніби вони мало що можуть зробити, нікому не цікаві, що на них звернуть увагу лише тоді, коли вони будуть надавати допомогу іншим, слабшим людям. Цим пояснюється вибір у шлюбні партнери адиктів, оскільки співзалежні інтуїтивно відчують їхню слабкість і потребу в опіці. Цей механізм може змінитися тільки через зміну ставлення до себе і розвиток впевненості.

Необхідним елементом соціально-психологічної роботи видається обережне звільнення співзалежної від найбільш деструктивних методів психологічного захисту (наприклад, проекції почуття провини на інших з пошуком сутності проблеми не в собі, а в ситуації в суспільстві, на роботі, в сім'ї). Хоча корекція співзалежності безпосередньо пов'язана з подоланням заперечення існування проблеми, до цього можна прагнути лише після створення для клієнта альтернативи, нових мотивацій. Швидке, непідготовлене руйнування заперечення може призвести до розвитку депресії, тривоги, спровокувати ризик суїциду чи антисоціальної поведінки. Вплив через свідомість може бути успішним тільки за умови участі інших членів сім'ї, розуміння ними правил, згідно з якими вони повинні по-іншому ставитися одне до одного і по-іншому сприймати одне одного.

Досягати змін та покращувати психологічний стан співзалежної особи допомагає й стимулювання позитивних мотивацій, які не отримали достатнього розвитку, звертання до підсвідомості, активація творчого потенціалу.

Зрозуміло, що кожен вид допомоги відіграє свою роль у загальному процесі реабілітації співзалежного. Однак в ідеалі обрані методи повинні у сукупності сприяти вилікуванню як співзалежного, так і всієї його родини.

### **Моделі роботи з жінками, які зазнали насильства**

Серед моделей роботи, що існують у зарубіжній практиці у разі домашнього насильства, найчастіше застосовують: профілактичну роботу; роботу з правоохоронними органами; шелтери (притулки) для побитих жінок; консультативні стратегії. Розглянемо детальніше останній різновид практичної діяльності.

Загалом, консультативні стратегії ґрунтуються на: проведенні первинного інтерв'ю; наданні підтримки; заохочуванні вираження почуттів; акцентуванні на позитивних якостях постраждалої; наданні інформації; аналізі альтернатив; виробленні подальшого плану дій; адвокатуванні/захисті інтересів.

Під час первинного інтерв'ю (the initial interview) особливу увагу звертають на стан жінок. Побиті жінки впродовж перших зустрічей почуваються надзвичайно тривожно. Вони переживають з приводу того, що і як треба говорити. Соціальний працівник чи консультант повинні створити довірливу та комфортну атмосферу, переконати жінку в тому, що вона може не розповідати все їй одразу. Постраждала жінка має також відчуття, що консультант є безоціночним та некритичним, дотримується принципу конфіденційності.

Чимало жінок під час консультування виявляють ряд емоційних реакцій, зокрема страх, злість, провину і навіть сумніви щодо власного психічного здоров'я. Консультанту слід заохочувати постраждалу дати вихід емоціям назовні (encourage expression of feelings). Лише потім вона буде в змозі подолати їх. Консультант може надалі допомогти жінці подивитися об'єктивно на всі аспекти її ситуації.

Важливий аспект консультування - акцентування на позитивних якостях (focus on strengths) постраждалої. Побиті жінки мають дуже низьку самооцінку. Вони потребують допомоги у визначенні власних позитивних характеристик.

Обов'язковим елементом допомоги має бути інформування (furnish information) про медичні, соціальні, юридичні послуги, які можуть бути надані жінці. Водночас варто також звертати увагу на етап дослідження альтернатив (review alternatives), оскільки жінки можуть почувати себе ніби у пастці й не бачити виходу із ситуації, що виникла.

Загалом, соціальний працівник чи консультант може допомогти жінці повернути контроль над своїм життям, виробити адекватну самооцінку.

Він може навчити жінку асертивності або розвинути асертивні вміння, оскільки саме асертивність удосконалює особисті характеристики та покращує соціальні контакти.

У вітчизняній практиці, на жаль, спостерігаємо лише перші спроби реалізації чи запровадження певних моделей роботи. Зокрема, можна говорити про певний досвід проведення превентивної роботи, навчально-тренінгових програм, роботи з правоохоронними органами, організації притулків для жінок, кризових консультативних центрів (очних та заочних), груп взаємопідтримки чи самопомоги, психотерапевтичних програм (індивідуальних та групових). Однак досліджень, присвячених методологічному аналізу використання певних стратегій та методів такої роботи, небагато.

Практичний досвід багатьох країн доводить ефективність різних форм індивідуальної терапії (консультативних стратегій) під час роботи з жінками, які зазнали насильства в сім'ї залежного від алкоголю чоловіка. В першу чергу це заочне консультування, яке відбувається за принципами «телефону довіри» та має на меті надати емоційну підтримку, наснаження, інформацію. Застосовують також очне консультування, яке передбачає терапевтичні зміни глибшого характеру, а саме: зміну моделей, стереотипів, когнітивних помилок, ставлення до проблеми, а також апробацію більш адаптаційних форм поведінки. Мета всіх цих різновидів терапії - дати людині можливість задовольнити базові потреби; навчити контролювати власне життя; посприяти виправленню дезадаптивних стосунків, емоцій і поведінки. Такі форми роботи допомагають клієнці поліпшити її соціальну взаємодію, зменшити рівень дистресу і водночас, коли це неминуче, змиритися зі стражданнями, які є одним із аспектів життя.

Найефективнішим методом допомоги жінкам, які постраждали від насильства в сім'ї, є використання різних форм групової роботи. В процесі реабілітації родичів залежних від алкоголю, зокрема дружин, створюють групи самопомоги, які працюють за принципами АЛ-АНОНівської програми. Часто такі групи використовують 12-крокову систему, яка дає змогу подолати співзалежність.

У роботі з жінками - жертвами насильства в сім'ї в останні роки набули поширення групи взаємопідтримки. Такий вид допомоги виник у феміністичному русі. Значна роль при цьому відводиться освітньо-просвітницьким методам втручання,

а саме: ознайомленню з правами жінок, зміні тендерних стереотипів та уявлень про роль жінки в суспільстві, розвитку лідерських якостей та навичок самопредставництва. Практика останніх років доводить необхідність розширення такого підходу. У групах взаємопідтримки велика увага приділяється терапевтичним чинникам: універсальності переживань, міжособистісному навчанню, розвитку навичок спілкування.

У деяких випадках застосовують терапевтичні форми втручання, засновані на когнітивно-біхевіористських підходах. Така терапія спрямована на виправлення дезадаптивної поведінки особистості. Терапевтичний процес дає можливість покращити емоційний стан жінок, модифікувати їх дисфункціональні думки та виробити нові адаптаційні моделі поведінки.

Описана форма роботи з дружинами залежних від алкоголю є результативною і пріоритетною, оскільки групова терапія допомагає жінці, яка має психологічні та емоційні розлади, ідентифікувати свою проблему. У групі жінка відчуває зворотний зв'язок, підтримку інших її членів, які мають подібні проблеми чи досвід. Група також сприяє підвищенню самооцінки, що є важливою особливістю поведінки жінок. К. Рудестам наголошує на тому, що в групі особистість має можливість саморозкритися та дослідити власний стан [19]. Він виділяє десять головних психотерапевтичних факторів, які є найефективнішими для членів таких груп: згуртованість; віра в можливість змін; універсальність; альтруїзм; надання інформації; перенесення досвіду; міжособистісне навчання; розвиток навичок спілкування; наслідування поведінки; катарсис.

Таким чином, у практиці соціально-психологічної допомоги існує низка моделей роботи з жінками, які зазнали насильства. Вони відрізняються не тільки за змістом, а й за теоретичним підґрунтям, різними поглядами на терапевтичні чинники.

### **Тренінг асертивності при подоланні наслідків насильства та стану співзалежності**

Коли йдеться про співзалежних жінок, то найперше, що треба для них зробити, це - підвищити їх самооцінку та рівень впевненості в собі. Тому до ключових напрямів психотерапевтичних програм роботи з жінками, які зазнають насильства в сім'ї, належать: зміна «Я-концепції»; розвиток статево-рольової ідентичності; формування адаптивних настанов; набуття ефективних комуніка-

тивних навичок; усунення узалеженості; підвищення самооцінки [20].

Однією з дієвих форм організації такого терапевтичного процесу є використання тренінгових програм, головні завдання яких полягають саме у проведенні взаємного дослідження, отриманні знань про власну особистість, її розкритті та розвитку. Традиційно тренінг застосовують для розвитку навичок самопізнання, саморозуміння, рефлексії, зміни ставлення до себе й інших, вироблення навичок саморегуляції, розвитку емоційної гнучкості, для покращення соціальної адаптації учасників, поглиблення досвіду психологічної інтерпретації інших людей. Його можна розглядати як спосіб перепрограмування моделі управління й поведінки людини, якою вона вже володіє.

Оскільки у свідомості жінок, які зазнають насильства і перебувають в стані співзалежності, закріплюються моделі невпевненої, тривожної, агресивної поведінки, то ефективним методом втручання та надання допомоги є проведення тренінгу асертивності (впевненості в собі). Вперше термін «асертивність» (assertiveness) використав Д. Вольпе для позначення відкритості в міжособистісних стосунках. Він помітив, що чимало людей не спроможні висловити чи продемонструвати свої почуття, які відповідали б міжособистісним стосункам, що склалися, оскільки почуття викривлюються тривогою. Д. Вольпе показав, що тривогу можна подолати, якщо впевнено виявляти думки та почуття [21].

Тренінг асертивності базується на ключових принципах навчання життєво важливим навичкам за допомогою поведінкової терапії і належить до групи тренінгів умінь. Популяризація тренінгу почалася у 1970-х роках завдяки працям Р. Альберті та М. Еммонсона, які поєднали біхевіористські та гуманістичні принципи.

Теоретичні основи тренінгу асертивності можуть бути представлені поведінковим (біхевіористським) підходом (І. П. Павлов, Б. Ф. Скінер), теорією соціального научіння (А. Бандура), моделлю експресивного тренінгу (А. Селтер), моделлю систематичної десенсибілізації (Дж. Вольпе), когнітивно-поведінковою терапією (О. Бек). Створення програми тренінгу залежить від специфіки проблем учасників і власних теоретичних пріоритетів тренера.

Основними цілями тренінгу асертивності є: 1) підвищення поінформованості про права особистості; 2) формування вміння розрізняти невпевнену, впевнену та агресивну поведінку;

3) навчання вербальним і невербальним навичкам впевненої поведінки.

Методи роботи в сучасних групах, які організуються з метою розвитку в людей впевненості чи здатності боротися зі страхом і уникненням, дуже відрізняються від вихідних концепцій. Так, А. Ланге та Р. Якубовський вважають, що має бути чотири категорії таких груп залежно від структури занять: 1) основу кожного заняття становлять різні рольові ігри; 2) кожне заняття присвячене певній визначеній темі; 3) рольові ігри поєднуються з іншими процедурами, спрямованими на розвиток самоусвідомлення; 4) неструктуровані групи, робота в яких здійснюється відповідно до потреб клієнтів [23].

Жінки, які беруть участь у роботі групи, мають змогу проаналізувати той факт, що людина, яка поводить себе асертивно, здатна виразно і зрозуміло сформулювати свої думки та почуття. Впевнену людину вирізняє позитивне ставлення до інших людей і адекватна самооцінка. Вона вміє розпізнавати і захищати себе від маніпуляції, сама здатна приймати рішення і нести відповідальність за їх наслідки.

Виділені особливості тренінгу актуалізували його вибір як інструменту втручання в рамках проведеного авторкою на базі Київської міської наркологічної лікарні «Соціотерапія» дослідження жінок, які зазнали насильства в сім'ї, де є залежні від алкоголю чоловіки. У ході дослідження було здійснено комплексне втручання, яке включало проведення індивідуальної короткострокової цілеспрямованої терапії та модифікованої моделі тренінгу асертивності.

Вибір індивідуальної короткострокової спрямованої психотерапії як однієї із форм втручання був зумовлений такими головними її характеристиками: короткостроковістю, спрямованістю на конкретну проблему та чітким підходом до завершення терапії. Як основний метод короткострокової психотерапії використовують при тривожних станах, депресивних реакціях, а також у роботі з людьми, що тривалий час проживають в умовах стресу. Фокусом втручання в роботі з жінками, які зазнали насильства з боку залежних від алкоголю чоловіків, були почуття провини, низька самооцінка, безпорадність, підвищена тривожність, втрата соціальних стосунків, характерні для жертв насильства, а також порушення процесу самоідентифікації, гіперконтроль, дисфункціональні думки, властиві стану співзалежності.

Застосування короткострокової психотерапії було спрямоване переважно на зниження рівня

тривожності, підвищення рівня самооцінки, вироблення конструктивних думок та позиції щодо проблеми насильства, підготовку до участі у тренінгу асертивності.

Беручи до уваги особливості стану жінок, терапевтичний процес під час групової роботи (тренінгу асертивності) зосереджувався на:

зменшенні соціальної ізоляції та підтримці змін;

знятті дії захисних механізмів (заперечення, раціоналізації), що живлять проблему домашнього насильства;

навчанні усвідомлювати, оцінювати свої вчинки;

розумінні своїх установок та емоцій, що асоціюються з насильницькою та образливою поведінкою;

навчанні висловлювати негативні почуття (гнів, образу);

навчанні усвідомлювати власні сили, потреби та права.

Групова робота сприяла подоланню стану тривоги у жінок, які зазнають насильства у сім'ї, позбавленню почуття неповноцінності, підвищенню рівня самооцінки й оволодінню вміннями поводити себе впевнено, що пов'язано з розширенням діапазону їхніх поведінкових можливостей. Загалом, вироблення навичок впевненої поведінки, підвищення рівня самооцінки, покращення психологічного самопочуття жінки сприяє налагодженню соціальних стосунків, зокрема з членами сім'ї. Тому необхідність поєднання лікувального процесу при алкоголізмі із вирішенням проблеми домашнього насильства є цілком очевидною.

\* \* \*

Розглядаючи підходи до подолання наслідків насильства над жінками, у рамках дослідження було зроблено такі висновки:

1. Тренінг асертивності є одним із доцільних шляхів подолання наслідків насильства та певних рис стану співзалежності у дружин залежних від алкоголю;

2. Модель комплексного підходу, яка включає проведення індивідуальної короткострокової цілеспрямованої терапії та тренінгу асертивності, дозволяє найбільш відчутно змінити стан співзалежних жінок, які зазнали насильства в сім'ї;

3. Проведення індивідуальної короткострокової цілеспрямованої терапії допомагає зменшити рівень тривожності та підвищити самооцінку в жінок, які зазнали насильства з боку чоловіка, залежного від алкоголю.

1. Walker L. E. The battered woman.- New York: Harper & Row, 1989.
2. Онухова Н. Г., Малолетняя Е. В. Женщины - жертвы семейного насилия: особенности образа мира // Психология зрелости и старения.- 2000.- № 4.- С. 31—59.
3. Затона Р. Е. Теоретико-прикладное значение изучения психологических характеристик жертв половых преступлений в рамках виктимологических исследований // Прикладная психология.- 2000.- № 1,— С. 28-40.
4. Drossman D. Sexual and physical abuse in women with functional or organic disorders // An International Medicine.- 1990.- P. 36-38.
5. Грабська І. А. Насильство у подружніх стосунках: зарубіжний досвід досліджень та консультування // Практична психологія та соціальна робота.- 1998.- № 9.— С. 20-23.
6. Walker L. E. Op. cit.
7. Москаленко В. Д. Жены больных алкоголизмом // Вопросы психологии.- 1991.- № 5.- С. 91-97.
8. Hamilton C. The role of alcohol in wife beating and child abuse.- New York: Guilford Press, 1991.- P. 253-272.
9. Constantine L. Family paradigms: the practice of theory in family therapy.- New York, London, 1986- P. 164-174.
10. Shaef A. Co-dependence: Misunderstood - Mistreated.- San Francisco, 1996.- P. 105.
11. Артемцева Н. Г. «Co-dependence. Что это такое?» — <http://www.psychologist.ru>
12. Валентик Ю. В. Созависимость: патологические формы созависимого поведения; личностные особенности созависимых лиц.- <http://www.narc.ru>
13. Филиппова Е. Созависимость.-<http://www.miroslavie.ru>.
14. Москаленко В. Д. Вказ. праця.
15. Анянъева Г. А. Семья: химическая зависимость и созависимость. Работа с созависимостью - <http://adic.org.ua>
16. Валентик Ю. В. Вказ. праця.
17. Москаленко В. Д. Вказ. праця.
18. Короленко И. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия.- М.: Академия проект, 2000.- 460 с.
19. Рудестам К. Групповая психотерапия / Пер. с англ.- СПб., 1998.- 384 с.
20. Групповая психотерапия / Под ред. Б. Карвасарского, С. Ледера.-М.: Медицина, 1990.-С. 120-135.
21. Грабська І. А. Вказ. праця.
22. Крукович Е. И. Тренинг уверенности: основы профессионального мастерства.- Минск.: ЕГУ, 2001.- 128 с.
23. Рудестам К. Вказ. праця.

*Olena Savchuk*

### **APPROACHES TO COPING WITH CONSEQUENCES OF WOMEN'S ABUSE IN THE FAMILIES WHERE HUSBANDS ARE DEPENDANT ON ALCOHOL USE**

*This article reviews approaches to social and psychological work with co-dependant women that experience abuse in their families. Ukrainian and foreign models used in modern practice are discussed. Special attention is paid to the consequences of abuse for the women and relevant interventions of professional workers.*