

# ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ БЛИЖАЙШИХ И ОТДАЛЕННЫХ ПОСЛЕДСТВИЙ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

Н. А. ШАПОВАЛОВА

## PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF IMMEDIATE AND LONG-TERM CONSEQUENCES OF SEXUAL ASSAULT

N. A. SHAPOVALOVA

*Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины, Харьков, Украина*

**Описаны разработанные автором методы психотерапевтической помощи детям и подросткам – жертвам сексуального насилия, и система психотерапии отдаленных последствий изнасилования у взрослых женщин. Показана высокая эффективность предложенной системы психотерапевтической коррекции.**

*Ключевые слова: сексуальное насилие, ближайшие и отдаленные последствия, психотерапия.*

The original methods of psychotherapeutic aid to the children and teen-agers, victims of sexual assault as well as the system of psychotherapy of long-term consequences of sexual assault in adult women are described. A high efficacy of the suggested system for psychotherapeutic correction is shown.

*Key words: sexual assault, immediate and long-term consequences, psychotherapy.*

В последние годы начали проводиться виктимологические исследования, посвященные изучению личностных особенностей и поведения жертв преступлений [1, 2], однако в литературе по судебной сексологии такие работы исчисляются единицами [3, 4]. При этом особенно мало изучены психологические последствия изнасилования, несмотря на то, что оно является тяжелой травмой, которая оставляет свой след и на психическом состоянии, и на сексуальном здоровье жертв, сохраняющийся нередко на всю жизнь.

Совершенно недостаточно разработана и психотерапевтическая коррекция последствий сексуального насилия, как ближайших, так и отдаленных. Если психологическая помощь детям, подвергшимся сексуальным злоупотреблениям в той или иной форме, освещена в отдельных работах [5, 6], то психотерапия отдаленных последствий изнасилования у взрослых женщин практически не разработана. Учитывая распространенность сексуальных преступлений, следует считать разработку системы психокоррекции состояния их жертв задачей, настоятельно требующей своего решения. В настоящем сообщении представлены результаты проведенных нами в этом направлении исследований и разработок.

Ближайшие и отдаленные последствия изнасилования были изучены у 200 жертв, подвергшихся ему в возрасте от 6 до 16 лет [7]. Среди них были выделены четыре группы в зависимости от характера перенесенного сексуального насилия и возраста обследуемых. Первую группу составили 50 девочек, ставших жертвами педофилов в возрасте 6–10 лет и жертвами эфебофилов в возрасте

11–15 лет. Во вторую, третью и четвертую группы вошли 150 женщин в возрасте от 25 до 40 лет, которые перенесли сексуальное насилие в детском и подростковом возрасте. Из них соответственно по группам было 50 жертв педофилов, 50 – эфебофилов, и 50 жертв инцеста, подвергшихся насилию в том же возрасте. Все женщины состояли в браке и обратились за помощью в Харьковский областной психоневрологический диспансер в связи с супружеской дезадаптацией.

При обследовании у 86±5% детей были выявлены поведенческие расстройства, чаще оппозиционно-вызывающее и расстройство поведения, ограничивающееся семейным окружением, существенно реже – несоциализированное, социализированное и гиперкинетическое расстройство.

У 57±3% взрослых женщин были диагностированы различные специфические расстройства личности (демонстративное, диссоциальное, шизоидное, ананкастное, тревожное, зависимое, параноидное), сочетавшиеся с сексуальной дезадаптацией. У 47±3% обследованных имели место невротические расстройства сексуального содержания – невроз ожидания неудачи, коитофобия, диспареуния, сексуальная аверсия, вагинизм, и дезадаптивные формы сексуального расстройства – сексуально-эротическая, полоролевая, социокультурная.

На основе выявленных причин, механизмов развития и клинических проявлений имеющихся у наших пациенток психических расстройств были разработаны методы оказания психотерапевтической помощи детям и подросткам непосредственно после перенесенного насилия и система психокор-

рекции нарушения психического и сексуального здоровья женщин в отдаленный период после изнасилования.

Оптимальной формой психотерапевтической работы с детьми, перенесшими сексуальное насилие, следует считать групповую психотерапию. Ее задачами должны быть, с одной стороны, помощь ребенку в преодолении полученной психотравмы, с другой — формирование у него соответствующих возрасту жизненных навыков. Групповые дискуссии и упражнения должны помочь детям решить для себя, кому можно доверять, а с кем нужно проявлять осторожность. Групповые занятия призваны помочь ребенку развивать самоконтроль и умение вести себя согласно нормам, принятым в обществе. Таким образом, групповая психотерапия ориентирована на социализацию ребенка. Она дает возможность формировать правильные взаимоотношения детей и учит их уважать как свои права, так и права других. При этом повышается и самооценка детей, поскольку на занятиях каждый ребенок, ставший жертвой насилия, убеждается, что не только он испытывает обусловленные им страхи и другие негативные переживания, и получает возможность в доброжелательной обстановке разобраться в собственных противоречивых чувствах. У детей исчезает чувство изолированности, развиваются навыки общения. Поскольку детям — жертвам изнасилования очень трудно по собственной инициативе обсуждать пережитое, групповую терапию следует проводить по директивной и структурированной программе [6]. Групповая психотерапия должна быть достаточно продолжительной — мы проводим ее до 6 мес при одном занятии (продолжительностью от 45 мин до 1 ч) в неделю. Занятия проводим в закрытых группах, отдельно для детей дошкольников и младших школьников и подростков, с числом участников не более 7–8 человек.

Перед началом групповой психотерапии мы считаем необходимым провести две или три индивидуальные встречи с каждым ребенком, чтобы подготовить его к групповой работе: снизить тревожность, ознакомить с целью занятий, разъяснить конфиденциальность занятий и недопустимость насмешек в группе по отношению к другим детям. Обязательно проводим беседы с родителями пострадавших детей: информируем их о целях и задачах групповой терапии, указываем на необходимость конфиденциальности и получаем согласие родителей на участие ребенка в групповой работе.

Психотерапевтическая работа с детьми проводится в четыре этапа. На первом из них формируются доверительные отношения с пациентами; на втором — выясняется ситуация насилия и исследуются ее последствия; третий этап посвящен выработке у детей новых, правильных установок безопасного поведения, а четвертый — тренировке навыков такого поведения. На завершающем эта-

пе терапии дети должны переключиться с пережитой драмы на продолжение нормальной жизни. Мы стремимся к тому, чтобы дети воспринимали окончание лечения как свое достижение, свой успех, и отмечаем его как общий праздник.

В процессе работы с подростками мы используем также метод тренинга, а именно модифицированный нами тренинг саморазвития по программе, предложенной И. А. Баевой [8], и тренинг самоопределения по разработанной нами программе. Последний мы применяем у старших школьников с целью выработки у них личностной и социальной активности, уверенности в своих возможностях, умения правильно направлять усилия, планировать свои действия и предвидеть их последствия.

Осуществление разработанной программы психотерапевтической коррекции последствий сексуального насилия у детей и подростков позволило добиться достаточно высокого терапевтического эффекта у 94±4 % из них. Об этом свидетельствовало существенное ослабление, а в ряде случаев и исчезновение проявлений поведенческих расстройств, и нормализация эмоционального состояния наших пациентов, что мы констатировали в течение двухлетнего периода наблюдений.

При разработке психотерапии отдаленных последствий изнасилования у женщин мы основывались на апробированных в сексологии принципах системности, комплексности, дифференцированности, этапности и последовательности проводимых воздействий. Применяемые при этом методы и их содержание дифференцируются в соответствии с клинической формой нарушения сексуального здоровья.

При специфических расстройствах личности, как правило, приводящих к нарушению общения, а также во всех случаях социально-психологической дезадаптации супругов, в частности при сексуальной аверсии у жены, мы проводим коммуникационный тренинг. Он состоит из двух основных этапов: на первом у пациенток формируется новая, правильная установка на нормализацию личностных отношений, второй заключается в научении ее реализации, т. е. адекватному общению и конструктивному разрешению конфликтов.

На этапе выработки установки проводятся тематически ориентированные занятия, в частности мы знакомим больных и их мужей с супружеской тактикой, основанной на общих правилах коммуникации, сформулированных Д. Карнеги [9]. С целью снятия эмоциональных реакций у пациенток используем гипносуггестию. На втором этапе в качестве метода научения мы используем предложенную С. Кратохвилем [10] конструктивную супружескую ссору. На том и другом этапе используем также рациональную и групповую психотерапию, аутогенную тренировку.

Мы завершаем коммуникационный тренинг заключительным этапом, задачами которого являются закрепление и поддержка выработанного

оптимального поведения женщин и сексуального общения супругов.

При сексуальной дисфункции у женщин в форме невроза ожидания неудачи применяем рациональную психотерапию, аутогенную тренировку пациенток с целью снятия ожидания неудачи при половом акте, наркопсихотерапию и сексуально-эротический тренинг супругов, в котором уделяем внимание активному участию мужа. В качестве дополнительного метода используем библиотерапию.

Лечебный комплекс при коитофобии у женщин включает гипносуггестивную психотерапию, наркопсихотерапию, аутогенную тренировку, в частности метод активного самовнушения (по А. С. Ромену).

Психотерапевтические воздействия при психогенных гениталгиях (диспареунии) направлены на купирование болевого синдрома и выработку здоровых психологических установок, на расширение диапазона приемлемости женщин и оптимизацию сексуальных контактов супругов. С этой целью мы используем рациональную психотерапию и сексуально-эротический тренинг.

У женщин, испытывающих сексуальную аверсию, мы проводим комплексную психотерапию, задачи которой — нивелировать аверсию, повысить качество половых актов. При этом необходимо уделять внимание снятию эмоциональных реакций, коррекции характерологических черт женщины, выработке адекватных форм разрешения супружеских конфликтов. С этой целью мы используем методы рациональной психотерапии, внушение наяву, групповую дискуссию с ориентацией на тематическое и интеракционное обсуждение и после нормализации межличностных отношений супругов проводим сексуально-эротический тренинг.

Комплексное лечение больных вагинизмом должно включать рациональную психотерапию

(разъяснительную беседу о сущности этого страдания), тренировочную гимнастику бедер и брюшного пресса; гипнотическое внушение, направленное на снятие страха перед гинекологическим обследованием и половым актом, а также гинекологические процедуры (осмотр на гинекологическом кресле, расширение гимена расширителями Гегера, зеркалами Кубко и Симса либо пальцами).

При дезадаптивных формах первичного нарушения сексуального здоровья мы считаем основой их психотерапевтической коррекции тренинговые методики. При сексуально-эротической дезадаптации пациенток это сексуально-эротический тренинг, который мы проводим по методу В. В. Кришталя [11] после повышения уровня информированности супругов в области психогигиены половой жизни и нормализации их межличностных отношений. С супружескими парами, у которых имеет место полоролевая форма дезадаптации, проводим ролевой психосексуальный, затем сексуально-эротический тренинг. У супругов с социокультурной формой сексуальной дезадаптации психотерапия имеет своей задачей выработку у женщин негативного отношения к свойственным им дисгармоничному и девиантному вариантам сексуальной культуры и формирование оптимального — взаимно-альтруистического коммуникативно-гедонического типа сексуальной мотивации. С этой целью мы проводим сексуально-мотивационный тренинг, рациональную индивидуальную и парную психотерапию, активное самовнушение, аутогенную тренировку, эстетико-психотерапию, сексуально-поведенческий и сексуально-эротический тренинг.

Проведение описанной системы психотерапевтической коррекции позволило достигнуть компенсации расстройств личности у всех и нормализации сексуального здоровья у подавляющего большинства — 92±3% женщин с отдаленными

последствиями сексуального насилия.

#### Литература

1. Туляков В. А. Виктимология (социальные криминологические проблемы).— Одесса, 2000.— 452 с.
2. Ривман Д. В. Криминальная виктимология.— С.Пб.: Питер, 2002.— 304 с.
3. Малкина-Пых И. Г. Психология поведения жертвы: Справочник практического психолога.— М.: Эксмо, 2006.— 1008 с.
4. Христенко В. Е. Психология поведения жертвы.— Ростов н/Д: Феникс, 2004.— 416 с.
5. Насилие в семье: Особенности психологической реабилитации: Учеб. пособие / Под ред. Н. М. Платоновой, Ю. П. Платонова.— С.Пб.: Речь, 2004.— 154 с.
6. Дамон Л., Мэнделл Дж. Групповая психотерапевтическая работа с детьми, пережившими насилие: Пер. с англ.— М.: Генезис, 1998.— 158 с.
7. Шаповалова Н. А. Ближайшие и отдаленные последствия сексуального насилия // Мед. психология.— 2006.— Т. 1, № 2.— С. 78–82.
8. Баева И. А. Тренинги психологической безопасности в школе.— С.Пб.: Речь, 2002.— 186 с.
9. Карнеги Д. (*Carnegie D.*) Как завоевывать друзей и оказывать влияние на людей: Пер. с англ.— М.: Вече, 2003.— 205 с.
10. Кратохвил С. (*Kratochvil S.*) Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний: Пер. с чешск.— М.: Медицина, 1991.— 332 с.
11. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология.— М.: Пет Се, 2002.— 897 с.

Поступила 28.02.2007