**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**«Когнитивно-бихевиоральная терапия с женщинами потерпевшими сексуально-физическое насилие»**

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

**ВВЕДЕНИЕ**

Последние несколько десятилетий одной из актуальных проблем психологии является изучение возникновения и динамики специфических психологических реакций на травматические (экстремальные) жизненные события.

Движение научной мысли на современном этапе ставит ряд вопросов, требующих своего разрешения и, следовательно, дополнительных исследований.

Проблема сексуального насилия существует несколько веков, но предметом научного интереса стала совсем недавно, в начале 70-х гг. нашего века - в США, а затем в Европе (см., например, Hedlund, 1984). За три десятилетия накопилось внушительное количество литературы, посвященной разным аспектам этой проблемы, как практического, так и теоретического характера, ведётся широкомасштабная социальная работа.

В России до последнего времени этот вопрос не был темой широкого обсуждения, а тем более - глубоких монографических исследований психологов. В настоящее время в состоянии нашего общества можно отметить несколько тенденций, увеличивающих необходимость изучения последствий сексуального насилия. С одной стороны, ухудшается криминогенная обстановка, более частыми и повседневными становятся проявления девиантного поведения, насилие приобретает всё более изощрённые и жестокие формы. С другой стороны, с развитием общества нарастает потребность каждого человека в уважении приватности, личной свободы и безопасности, что заставляет острее реагировать на преступления против личности.

Немаловажна и растущая роль феминистского движения, обращающего внимание общества на проблемы насилия над женщинами. Меняются социальные установки относительно изнасилования, расширяются юридические понятия, пересматриваются законы. Уровень защиты женщины выступает показателем культуры общества (Антонян и др., 1990).

Острая нужда в изучении проблемы психологических последствий насилия вообще и сексуального насилия в частности закономерно обусловливает тот факт, что первые труды, посвященные этому вопросу, носят характер методических рекомендаций по оказанию психологической, медицинской, правовой и социальной помощи пострадавшим.

Таким образом, актуальность данного исследования определяется важностью и назревшей потребностью обращения к последствиям именно уникального, индивидуального травматического опыта, наиболее жестоким примером которого является сексуальное насилие, а также необходимостью рассмотрения изнасилования как особого экстремального психологического стрессора, с учетом современных концепций психологии травмы.

*Предмет исследования.* Методы когнитивно-бихевиоральной терапии с женщинами, потерпевшими сексуально-физическое насилие.

*Объект исследования.* Психологические проблемы жертв сексуального насилия.

*Цель исследования*

Целью данного исследования является анализ сексуального насилия как специфической психологической травмы - с учетом современных подходов к пониманию и объяснению долговременных психологических последствий, возникающих у его жертв, а также поиск методов когнитивно-бихевиоральной терапии с женщинами, потерпевшими сексуально-физическое насилие

В соответствии с этой целью были поставлены следующие задачи, решение которых составило содержание глав настоящей работы.

1. Рассмотреть современные теории последствий экстремального жизненного опыта.
2. Показать, что изнасилование является травмирующим жизненным событием, вызывающим в большинстве случаев интенсивные психологические проблемы.
3. Изучить изменения представлений жертв об окружающем мире, людях и самом себе вследствие пережитого травмирующего опыта.
4. Рассмотреть психологические проблемы, возникающие у жертв сексуального насилия, с точки зрения современных теоретических концепций возникновения и механизмов реакции на травмирующее жизненное событие.
5. Разработать программу по когнитивно-бихевиоральной терапии для работы с женщинами, пострадавшими от сексуального насилия.

*Основные гипотезы*

1.Сексуальное насилие является интенсивным стрессором, который вызывает как острые, так и долговременные психологические последствия у большинства пострадавших.

2. Когнитивно-бихевиоральная терапия является одним из лучших методов борьбы с последствиями сексуально-физического насилия.

**Методы исследования**

- Анализ научной литературы, посвященной проблеме изнасилований.

- Метод исследования самооценки.

- Опросник для оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатиса).

**ГЛАВА 1. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКАЯ СТРЕССОВАЯ РЕАКЦИЯ НА СЕКСУАЛЬНО-ФИЗИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ В ОТНОШЕНИИ ЖЕНЩИН**

**1.1. Последствия сексуального насилия**

Хотя изнасилование — понятие не медицинское, с точки зрения медицины и психиатрии это кризисное событие с далеко идущими последствиями. По некоторым оценкам, каждая шестая женщина становится жертвой изнасилования. Точные данные неизвестны, так как не все пострадавшие сообщают о случившемся. Изнасилование — крайняя форма насилия над личностью, вторжение во внутренний мир женщины. Оно почти всегда сопровождается чувством унижения, оскорбленного достоинства, потери независимости.

У жертв изнасилования и других преступлений эти события часто порождают тяжелый жизненный кризис (хотя некоторые не осознают масштаб причиненного их психике ущерба). Ощущение насилия усугубляется, когда человека лишают возможности ответных действий, подавляют его волю — независимо от того, состоялось ли насилие или все ограничилось угрозой.

Изнасилование, согласно юридическому определению, — половое сношение с применением насилия. Насилие может иметь форму как реального физического воздействия, так и угрозы (смерти или физического ущерба), перед лицом которой жертва вынуждена подчиниться. Формы изнасилования варьируют от внезапного нападения с угрозами убить или ранить до настойчивых домогательств; при этом для противоположной стороны подобные предложения либо неожиданны, либо неприемлемы. Если жертва и насильник ранее общались, то это еще не исключает принуждения.

Изнасилование — это сильнейшее психотравмирующее событие, нарушающее баланс между внутренними адаптационными механизмами и внешним миром. Оно обладает всеми чертами стресса — имеется экстремальное, угрожающее внешнее воздействие и реакция на него адаптационных механизмов. Стрессовые ситуации, приводящие к особым психологическим последствиям — кризисным реакциям, — обычно непредсказуемы ни по времени (значит, к ним нельзя подготовиться), ни по содержанию (поэтому они воспринимаются как несправедливость, удар судьбы). Этим такие ситуации отличаются от ожидаемых жизненных трудностей. Характер кризисных реакций зависит от адаптационных возможностей человека, от образа его реагирования на жизненные обстоятельства, от внешней поддержки. Однако кризисные реакции имеют и общие, предсказуемые черты:

1) нарушение нормального образа жизни (расстройства сна и аппетита, ошибки в стандартных ситуациях, неспособность к сосредоточению);

2) регрессия — психологическая зависимость от окружающих, поиски поддержки, психологическая незащищенность. По внешнему проявлению эти реакции зависят от индивидуального способа реагирования на жизненные трудности и протекают сходно с реакциями на другие стрессы. Выделяют два типа кризисных реакций: интрузивный (навязчивый), когда мысли и ощущения, связанные с психической травмой (изнасилованием), вытесняют из сознания все остальное, и репрессивный (молчаливый), когда преобладают избегание, стремление забыть случившееся.

Если есть психологическая поддержка, то женщина не чувствует себя полностью покинутой и беспомощной. К сожалению, большинство жертв изнасилования — одинокие женщины, которые могут рассчитывать на поддержку лишь в будущем. Семья, друзья, общество часто не способны понять переживания пострадавшей, и это для нее — дополнительный и неожиданный удар. К сожалению, близкие нередко пытаются сделать вид, что ничего не произошло, советуют забыть о случившемся (это один из способов поведения в стрессовой ситуации).

Характерная особенность психологического состояния после изнасилования — отсутствие открыто выражаемого гнева. Возможно, что это связано с общепринятыми нормами — считается, что женщина не должна быть агрессивной.

В ряде работ описана последовательность реакции на изнасилование. Первая стадия характеризуется признаками психологического срыва (шок, недоверие, смятение, аномальное поведение). Потерпевшая не может говорить о случившемся, не решается сообщить об этом близким, врачам, полиции. На первом плане — чувство вины; женщине кажется, что все произошло по ее собственной глупости. Перед ней встает множество вопросов: как рассказать обо всем семье, мужу (любовнику), друзьям, детям; как отреагируют на огласку друзья и соседи; не забеременела ли она, не заразилась ли венерическим заболеванием; надо ли сообщать об изнасиловании правоохранительным органам и если да, то будет ли расследование. Пострадавшая сомневается, сможет ли она опознать насильника, боится нового изнасилования.

Вторая стадия — внешнего приспособления — начинается через несколько дней и заканчивается через несколько недель после изнасилования. Первая волна тревоги проходит. В попытках преодолеть тревогу и восстановить внутреннее равновесие женщина может вернуться к прежнему образу жизни и вести себя так, как будто кризис уже разрешен, — придавая этим уверенность и себе, и окружающим. Сазерленд и Шерл [24] замечают, что “этот период псевдоадаптации — не разрешение психической травмы и связанных с ней переживаний. Здесь велика доля отрицания, вытеснения случившегося. Факт психической травмы отрицается в интересах защиты себя и окружающих”.

Третья стадия — признания и разрешения — может остаться неосознанной как для потерпевшей, так и для окружающих. Преобладают депрессия и потребность говорить о случившемся. Потерпевшая чувствует, что надо свыкнуться с происшедшим и разрешить противоречивые чувства по отношению к насильнику. Терпимость женщины к насильнику (и даже стремление его понять) может превратиться в гнев, внутренний протест против циничного использования ее тела. Пострадавшая может быть недовольна собой, считая, что сама до некоторой степени позволила случиться изнасилованию. Во всех исследованиях изнасилования описано, что за псевдоадаптацией следует новый период внутреннего беспокойства.

Непосредственно после изнасилования развиваются разнообразные психические и физиологические реакции. Почти всегда бывают бессонница и кошмарные сновидения, потеря аппетита, тошнота, рвота. Эти реакции следует отличать от сходных побочных реакций на посткоитальные контрацептивы, введенные для предотвращения беременности, а также на другие препараты, принятые изнасилованной.

Характер реакции на изнасилование зависит от возраста и положения потерпевшей. Во всех возрастных группах присутствует страх заразиться СПИДом.

Примерно треть изнасилованных моложе 16 лет. Основные проявления реакции на стресс у них такие же, как у взрослых (тревожность, регрессия и т. д.), но имеются и дополнительные симптомы (ночное недержание мочи, ночные ужасы). У подростков преобладает смущение; многие озабочены реакцией сверстников. Характерны страх одиночества, а также панические реакции при виде насильника или места изнасилования. Ребенок начинает прогуливать занятия, хуже учиться. Появляется страх половой жизни, возможны настоящие фобии — все это отражает тревогу ребенка о своей независимости, самостоятельности. Часть детей (как мальчиков, так и девочек) скрывают и подавляют в себе воспоминания об изнасиловании, о других физических и эмоциональных оскорблениях. В более позднем возрасте у таких детей особенно высок риск диссоциативных расстройств — например, раздвоения личности.

Для женщины средних лет вопросы независимости и морали особенно важны. Это период критической переоценки всей жизни, перемены положения женщины в семье. Существует представление, что для замужней или одинокой женщины этого возраста, для которой пик сексуальной активности уже позади, изнасилование не так болезненно, как для молодой. Это совершенно неверно. Нельзя измерить чувство никчемности, стыда, падения в собственных глазах у стареющей женщины, озабоченной своей привлекательностью.

Исследования показывают, что изнасилованным необходима немедленная психологическая помощь, а в ряде случаев — и длительная психологическая помощь, в том числе со стороны специалистов. Однако большинство изнасилованных не желают признать, что у них возникли достаточно серьезные психические нарушения, и официальная психологическая помощь может казаться им своего рода общественным приговором, поэтому они ее избегают.

Первая задача психологической помощи — как можно быстрее помочь пострадавшей вернуться к нормальной жизни. При этом необходимо учитывать, что изнасилование вторгается во все сферы жизни женщины — физическую, эмоциональную, общественную, половую. Надо исходить из того, что в большинстве случаев потерпевшие — совершенно нормальные женщины, но находящиеся в состоянии тяжелого стресса. В то же время нельзя забывать и о том, что среди потерпевших могут быть и изначально страдающие психическими расстройствами. При аффективных расстройствах, например, компенсаторные возможности психики всегда на пределе, и изнасилование становится пусковым фактором тяжелого психоза и других осложнений.

У женщин с психологическими сложностями, плохой социальной адаптацией выше риск патологических реакций на изнасилование. На исход кризиса влияют тяжелые заболевания, как предшествовавшие изнасилованию, так и развившиеся в результате него. Нередко приходится сталкиваться с неоднократно изнасилованными, из чего можно предположить, что у некоторых женщин риск изнасилования из-за каких-то особенностей повышен; не исключено также, что выход из кризиса может идти по такому пути, при котором возрастает опасность нового изнасилования. Тяжелый стресс может увеличить вероятность изнасилования еще и потому, что женщина, вся энергия которой сосредоточена на кризисной ситуации, на все остальное обращает меньше внимания. Предыдущее изнасилование и его последствия, безусловно, сильно влияют и на ход данного кризиса. Осложняют его течение и другие стрессовые ситуации — в семье, в социальном окружении, в учебном заведении, на работе.

У пострадавших возможны депрессия и даже попытки самоубийства, развитие алкоголизма, наркомании, психозов, соматических заболеваний и конверсионных расстройств, а также посттравматического стрессового расстройства. Большую роль играет страх того, что изнасилование повлияет на отношения с близкими (в отличие от других кризисных ситуаций, когда человек, поделившись переживаниями с близкими, получает поддержку). Поиск сочувствия для изнасилованной может обернуться разрывом.

**1.2. Постравмотическое стрессовое расстройство**

Существование посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) признавалось еще десятилетия назад [З.Фрейд,1921]. Даже систематические эмпирические исследования относятся к 1940 годам [Кардинер, 1941]. Но, несмотря на это, только в 1980 году ныне широко признаваемый синдром посттравматического стресса был официально каталогизирован в официальном нозологическом справочнике Американской ассоциации психиатров. С официальным признанием этого синдрома как расстройства психики, нахлынула волна исследований, направленных на поиски усовершенствованных методов диагностики и лечения.

И если раньше этот синдром рассматривался практически всегда как последствие военных конфликтов, то сейчас обнаружено, что ПТСР может быть результатом не только военных ситуаций, но также и комплекса событий, не имеющих никакого отношения к войне. В 1987 г., а затем в 1994 и в 2000, Американская ассоциация психиатров переиздавала свой официальный нозологический справочник [1987, 1994]. Согласно им основными аспектами ПТСР в ситуациях насилия считаются травматические стрессовые реакции.

Травматический стресс – особая форма общей стрессовой реакции. Когда стресс перегружает психологические, физиологические, адаптационнные возможности человека и разрушает защиту, он становится травматическим. Далеко не каждое событие способно вызвать травматический стресс. Были выделены следующие характеристики травмы:

- Происшедшее событие осознается, то есть человек знает, что с ним произошло и из-за чего у него ухудшилось психологическое состояние;

- Это состояние обусловлено внешними причинами;

- Пережитое разрушает привычный образ жизни;

- Происшедшее событие вызывает ужас и ощущение беспомощности, бессилия что-либо сделать или предпринять.

Травматический стресс – это переживание особого рода, результат особого взаимодействия человека и окружающего мира. Это нормальная реакция на ненормальные, экстремальные обстоятельства; состояние, возникающее у человека, который пережил нечто, выходящее за рамки его обычного жизненного опыта (например, угрозу жизни, смерть или ранение другого человека, стихийные бедствия, насилие и т.п.). Круг явлений, вызывающих травматические стрессовые нарушения достаточно широк и охватывает множество ситуаций, когда возникает угроза собственной жизни или жизни близкого человека, угроза физическому здоровью или образу «Я».

Психологическая реакция на травму включает в себя три относительно самостоятельные фазы, что позволяет охарактеризовать ее как развернутый во времени процесс.

Первая фаза – фаза психологического шока – содержит два основных компонента:

- Угнетение активности, нарушение ориентации в окружающей среде, дезорганизация деятельности;

- Отрицание происходящего (своеобразная защитная реакция психики). В норме эта фаза достаточно кратковременна.

Вторая фаза – воздействие – характеризуется выраженными реакциями на событие и его последствия. Это могут быть сильный страх, ужас, тревога, гнев, плач, обвинение - эмоции, отличающиеся непосредственностью проявлений и крайней интенсивностью. Постепенно эти эмоции сменяются реакцией критики или сомнениями в себе. Она протекает по типу «что было бы, если бы...» и сопровождается болезненным осознанием неотвратимости происшедшего, признанием собственного бессилия и самобичеванием. Эта фаза является критической т.к. после нее начинается либо процесс выздоровления (отреагирование, принятие реальности, адаптация к вновь возникшим обстоятельствам), т.е. третья фаза - нормального реагирования, либо происходит фиксация на травме и последующая хронификация постстрессового состояния.

Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования (физиологический, личностный, уровень межличностного и социального взаимодействия), приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, непосредственно переживших стресс, но и у очевидцев, и у членов их семей.

Результаты многочисленных исследований показали, что состояние, развивающееся под действием травматического стресса, не попадает ни в одну из имеющихся в клинической практике классификаций [Card J., 1987; Kulka R. et al.,1988 и др.]. Последствия травмы могут проявиться внезапно, через продолжительное время на фоне общего благополучия человека, и со временем ухудшение состояния становится все более выраженным. Комплекс симптомов, наблюдавшихся у тех, кто пережил травматический стресс, получил название «посттравматическое стрессовое расстройство» (PTSD – Posttraumatic Stress Disorder).

В DSM-IV-R под общим названием посттравматического стрессового синдрома (PTSD), отнесенного к расстройствам, связанным с проявлениями тревоги, были представлены следующие группы симптомов (критериальные группы):

1. Наличие в анамнезе события, выходящего за рамки обычного человеческого опыта; воздействие данного события для большинства людей является травмирующим (стрессогенным) фактором.

2. Постоянное возвращение человека к переживаниям, связанным с травмировавшим его событием (событиями). В эту критериальную группу входят четыре симптома, причем для диагноза PTSD достаточно наличия одного из них:

- Навязчивые, постоянно повторяющиеся, вызывающие неприятные эмоциональные переживания воспоминания о пережитом.

- Постоянно повторяющиеся сны и ночные кошмары, связанные с травмировавшим событием (событиями) и вызывающие неприятные переживания.

- «Flashback» - эффект: внезапное, немотивированное никакими внешними обстоятельствами (как удар, вспышка молнии) воскрешение в памяти различных аспектов травмировавших событий (события).

- Интенсивные вспышки негативных эмоциональных состояний, спровоцированных какими-либо событиями, ассоциирующимися с обстоятельствами, послужившими причиной травмы или похожие в чем-либо на них.

3. Устойчивое стремление человека избегать или «блокировать» все, что хотя бы отдаленно может напоминать ему о травме. По этому критерию для вывода о том, что человек страдает PТSD, требуется наличие не менее трех из семи нижеперечисленных симптомов:

- Стремление избегать любых мыслей и чувств, ассоциирующихся с обстоятельствами, повлекшими за собой травму.

- Стремление избегать любых форм активности или ситуаций, которые пробуждают воспоминания об обстоятельствах травмы.

- Неспособность воспроизвести в памяти основные, важные элементы травмировавшей ситуации (психогенная амнезия).

- Очевидная потеря всякого интереса к тем формам активной деятельности, которые до травмы имели большое значение в жизни человека.

- Чувство отчужденности, отстраненности от всех окружающих.

- Сниженный уровень аффективных реакций, эмоциональная блокада, «оцепенение» (numbing).

- Ощущение «укороченного» будущего, «отсутствия завтрашнего дня».

4. Устойчивые симптомы, отражающие повышенный уровень возбудимости и появившиеся после травмы. Для диагностики PTSD необходимо наличие у субъекта не менее двух из шести симптомов:

- Нарушения сна.

- Повышенная раздражительность или вспышки гнева.

- Затруднения при необходимости сконцентрировать внимание, рассеянность.

- Гипертрофированная бдительность.

- Гипертрофированная стартовая реакция (на внезапный звук, запах и т.п.).

- Повышенный уровень физиологической реактивности на события, которые могут по ассоциации или непосредственно напоминать об обстоятельствах травмы.

- Критерий, определяющий, что время, в течение которого у больного наблюдалось проявление всех остальных симптомов, должно быть как минимум не меньше месяца. Только в этом случае может идти речь о наличии посттравматических стрессовых нарушений - PTSD- синдрома.

Таким образом, ПТСР – относится к группе тревожных расстройств. Симптомы ПТСР проявляются у людей, которые испытали на себе воздействие события выходящего за рамки обыденных человеческих переживаний и экстремально стрессогенного для любого человека.

Травматические события, которые могут вызвать ПТСР, можно классифицировать по нескольким категориям. Во-первых, человек может испытать воздействие природного катаклизма, например - землетрясения. Во-вторых, расстройство может быть вызвано трагическими несчастными случаями, например - авиа- и автокатастрофы. В-третьих, стрессором может стать какая-нибудь искусственная катастрофа - война, концлагерь, пытки, расстрел. Отдельного внимания заслуживают посттравматические стрессовые расстройства, вызванные изнасилованием.

**1.3. Травматический синдром изнасилования**

Травматический синдром изнасилования - особенный случай ПТСР, в случае которого жертва насилия страдает из-за симптомов, вызванных пережитым сексуальным насилием в отношении нее. [DSM-IV, 1994].

Симптоматика травматического синдрома изнасилования схожа с остальными случаями ПТСР. Очевидно, не у всех пациентов с диагнозом ПТСР будет, проявляется вся симптоматика, свойственная данному расстройству. Также, симптоматика немного изменяется согласно ускорению травмы. По DSM-IV эти симптомы таковы:

1.Рекуррентное, постоянное и беспокоящее переживание травмы через неприятные воспоминания, сны, навязчивые действия и чувства как будто бы событие повторялось (перепроживание травмы, например, посредством занятий проституцией, иллюзии, галлюцинации, flashbacks - внезапные, яркие и реалистичные, вспышкообразные возвращения травмирующих переживаний ситуации изнасилования);

2.Постоянное избегание стимулов, которые напоминают об изнасиловании, например, пациент избегает мысли и чувства, ассоциирующиеся с местом насилия, насильником самой ситуацией, избегает ситуации и сферы деятельности, которые пробуждают травматические воспоминания насилия;

3.Психогенная амнезия – вытеснение из памяти частично события – изнасилования;

4. Уменьшение интереса к значимым видам деятельности (который присутствовал до того как произошло изнасилование). Например, пострадавшие проявляют заметно уменьшенный интерес к учебе или работе; они могут чувствовать отчужденность (отстраненность) от прежних друзей; набор их реакций может быть ограничен ли они могут чувствовать отсутствие будущего; сужение спектра эмоций (например, не проявлять сильных эмоций);

5. Постоянные симптомы повышенного возбуждения, которое включает в себя раздражительность и вспышки гнева, проблемы с концентрацией внимания, гиперактивность, неадекватное реагирование, физиологические реакции на события или ситуации, которые отображают в символической форме или походят на ситуацию насилия;

6. Расстройство вызывает значительный дистресс или дезадаптацию в социальной, профессиональной, и других важных областях жизнедеятельности

7. Пациент должен был испытывать данную симптоматику не менее 1 месяца, после чего можно диагностировать ПТСР.

Признаки травматического синдрома изнасилования тесно связаны с процессом диссоциации. В литературе, посвященной этому вопросу, можно отметить довольно устойчивую тенденцию рассматривать диссоциацию, как основной патогенетический механизм возникновения и развития ПТСР [Braun B.G., 1988]. Сторонники этой точки зрения считают все психические последствия травматического стресса диссоциативными по своей природе и предлагают отнести ПТСР к группе диссоциативных расстройств. Диссоциация, являясь существенной составляющей отсроченной реакции на психическую травму, видимо, играет существенную роль и в развитии симптомов ПТСР, представляя собой один из основных, но не единственный патогенетический механизм ПТСР.

Диссоциация – термин, который используется для характеристики процесса (или его результата), посредством которого согласованный набор действий, мыслей, отношений или эмоций становится отдельным от остальной части личности человека и функционирует независимо [Ребер А., 2000]. Основной чертой диссоциации является нарушение интегрированных в норме «функций сознания, осознавания подлинности своего Эго или моторного поведения, в результате которого определенная часть этих функций утрачивается» [APA, 1988, p.269; APA, 1994, p.477]. Согласно Людвигу [Ludwig A.M., 1983], диссоциация является процессом, посредством которого определенные психические функции, которые обычно интегрированы с другими функциями, действуют в той или иной степени обособленно или автоматически и находятся вне сферы сознательного контроля индивида и процессов воспроизведения памяти. Характеристиками диссоциативных состояний [Ludwig A.M., 1966] являются:

- такие изменения мышления, при которых доминируют архаические формы;

- нарушение чувства времени;

- чувство потери контроля над поведением;

- изменения в эмоциональной экспрессии;

- изменение образа тела;

- нарушения восприятия;

- изменения смысла или значимости актуальных ситуаций или ситуаций, имевших место в прошлом;

- чувство «омоложения» или возрастной регрессии, инфантильные поведенческие проявления;

- высокая восприимчивость к суггестии.

Во время травматического синдрома изнасилования у пострадавшей происходит расщепление образов (или их части) жертвы, насильника и свидетеля. Расщепление образов является защитным маневром и обусловлено таким интрапсихическим состоянием, которое характеризуется амбивалентными чувствами любви и ненависти по отношению к себе, насильнику или свидетелю акта насилия.

При травматическом синдроме изнасилования могут наблюдаться следующие диссоциативные феномены:

Абсорбция – различные состояния внимания, специфицирующиеся особыми состояниями сознания – напряженностью, усилием, удивлением, чувствами активности и поглощенности деятельностью. У жертвы насилия временно прекращается любая внутренне инициируемая деятельность. Посредством абсорбции жертва снимает напряжение от случившегося и растворяет Эго, сосредоточившись или увлекшись иной деятельностью.

Рассеянность – жертва насилия погружается в такие состояния рассеянности, подразумевающие глобальное невнимание к большей части содержаний сознательного опыта.

Жертвы, находящиеся в состоянии деперсонализации говорят о некоторой двойственности этого переживания: им кажется, что они потеряли чувственность и реальность ощущений своего тела, не испытывают чувства реальности в восприятии внешнего мира; а также они говорят о потери своих эмоций, об отсутствии образов в процессе мышления, о полной пустоте своей психики. Им кажется, что они переживают исчезновение своего «я», что они обезличиваются.

Диссоциация также может приводить и изменениям идентичности (диссоциативные изменения идентичности). У жертв изнасилования бывают переживания раздвоенности, когда характер развертывания двух рядов событий психической жизни позволяет говорить о двух отдельных, абсолютно независимых друг от друга личностях, каждой из которых свойственны свои переживания и ассоциации в сфере чувств (например, переживания жертвы и насильника и т.д.).

Также для жертв изнасилования характерны амнезии - расстройства памяти, относящиеся к определенному ограниченному отрезку времени (как правило, связанному с ситуацией изнасилования), о котором ничего (или почти ничего) не удается вспомнить.

Подвергшийся диссоциации травматический материал сохраняет определенную связь с сознательной психической жизнью: он влияет на осознанные действия и тем самым, так сказать, возвышается до уровня сознания.

Травматический синдром изнасилования - это наиболее общая травма, которая с большей вероятностью продуцирует симптоматику близкую к ПТСР.

Ellis L. (1983) предполагает, что здесь можно выявить 3 фазы в процессе реагирования на изнасилование: краткосрочная, промежуточная и долговременная.

Краткосрочная (острая) реакция характеризуется набором травматических симптомов в виде соматических жалоб, расстройств сна, ночных кошмаров, страха, подозрительности, тревожности, общей депрессии и дезадаптации в социальной деятельности. Rosenhan и Seligman (1989) утверждают, что на кризис, немедленно следующий после изнасилования, воздействует стиль эмоционального реагирования женщины. Некоторые женщины выражают свои чувства, проявляют страх, тревожность; они часто плачут и находятся в состоянии напряжения. Другие женщины пробуют управлять своим поведением, маскируют свои чувства и пытаются выглядеть спокойными. Симптоматика остается относительно устойчивой в течение 2 - 3 месяцев.

В промежуточной фазе (от 3 месяцев до 1 года после ситуации нападения) диффузная тревожность обычно становится специфической, связанной с изнасилованием. Затем женщины испытывают состояние депрессии, социальной и сексуальной дисфункции.

В период долговременной реакции (более 1 года после нападения) к текущему состоянию добавляется гнев, гиперактивность к опасности, сексуальная дисфункция и уменьшение способности наслаждаться жизнью [Ellis L., 1983]. Согласно описательным исследованиям, проведенным группой исследователей под руководством Renner (1988), всего лишь 10% жертв насилия не проявляют никакого нарушения своего поведения после нападения. Поведение 55% жертв умеренно изменено, и жизнь 35% жертв сопровождается серьезной дезадаптацией. Спустя несколько месяцев после нападения, 45% женщин каким-то образом способны адаптироваться к жизни; 55% жертв испытывают длительные воздействия травмы.

Из всего выше сказанного можно сделать вывод, что более 75% жертв изнасилования проявляют определенный уровень травматического синдрома изнасилования после сексуального насилия. Выход из депрессии и социальная корректировка обычно занимают несколько месяцев после ситуации травмы. С другой стороны, страх, тревожность, переживание травмы, расстройства сна, ночные кошмары, избегание стимулов, напоминающих о нападении, сохраняются у многих жертв изнасилования на многие годы, если не навсегда. Жертвы изнасилования также испытывают трудности в межличностном общении со значимыми фигурами и органами власти; их удовлетворенность трудом ниже, чем у большинства, существует угроза построения картины будущего, отсутствие позитивных целей в жизни, укороченные перспективы. Кроме того, их самооценка значительно ниже, чем у других женщин даже по прошествии 2 лет после ситуации нападения [Murphy с соавт., 1988].

Для понимания ситуации и чувств жертвы насилия, необходимо учесть несколько факторов. На вероятность развития травматического синдрома изнасилования и степени его серьезности, безусловно, влияют личностные характеристики жертвы. Очевидно, что женщины с большим набором механизмов преодоления и с высокой эмоциональной и психологической стабильностью имеют меньшую вероятность возникновения симптомов посттравматического стрессового расстройства, чем женщины, у которых данные характеристики отсутствуют.

Например, Cohen и Roth (1987) обнаружили, что и принятие и избегание стратегий преодоления негативно связано с восстановлением. Однако, так как насилие - это нападение на один из наиболее ранимых аспектов человека, то справиться с этим сможет не каждая женщина. Следовательно, психологическая выносливость не может являться единственным и наиболее важным фактором.

Следует отметить, что изнасилование имеет социальный характер. Жертва сталкивается не только с изнасилованием и воздействием на нее, но также и с реакцией окружающих на это. Renner (1988) предлагает понимать ситуацию женщины, подвергшейся изнасилованию, как безысходную ситуацию. Если женщина решает сопротивляться в момент нападения, то более вероятно, что она получит социальную поддержку от своей семьи и друзей; также более вероятно, что правоохранительные органы и медицинский персонал поверят ей. С другой стороны, она вынуждена оплатить стоимость этой поддержки. Во-первых, в результате нападения она, вероятно, получит повреждения. И ей потребуется медицинская помощь. Во-вторых, будут привлечены правоохранительные органы, и она будет вынуждена давать показания, объясняя многим людям произошедшую ситуацию, то есть, многократно переживая заново ситуацию травмы. Что может привести к усилению ее критического состояния.

Однако, если жертва не желает рисковать и получать дополнительную травматизацию, то получение помощи от различных институтов и понимание ее ситуации окружающими маловероятно. Она будет обвинена самой собой и окружающими за неоказание сопротивления, и испытывать намного большее чувство вины и количество трудностей, мешающих разрешению проблемы, в итоге [Renner et al., 1988].

Все сказанное является лишь частью социальных проблем, связанных с сексуальным нападением. Стереотипы относительно изнасилования являются довольно-таки распространенными в обществе и еще сильны среди чиновников правоохранительных органов и судов. Это объясняет некорректное "лечение", которое жертвы получают от представителей этих учреждений. Жертвам часто задают вопросы относительно их собственного поведения, стиля одежды, сексуальной жизни и умственного здоровья - вопросы, которые предполагают виновность жертвы. Фактически, имеется огромное количество случаев изнасилования, которые не доходят до судебной практики из-за некоторых характеристик жертвы. К примеру, это такие особенности поведения как: потребление жертвой алкоголя, история ее неуправляемого поведения, разведенные женщины, отдельно живущие или одинокие матери, безработные или находящиеся на содержании. Также, если жертва знала насильника (что встречается приблизительно в 70% случаев), приняла приглашение поехать в машине насильника, или добровольно сопроводила насильника до его дома, полиция, вероятно, отклонит ее заявление как необоснованное [Clark, Lewis, 1977].

Поддержка, которую жертва получает от своих родителей, мужа или партнера, друзей, играет очень важную роль в успешности преодоления жертвой ее ситуации. Их поддержка и понимание очень полезны для жертвы. Однако, эти значимые окружающие также переживают очень тяжелую ситуацию, связанную с нападением. В некоторых случаях женщины отвергаются своими родителями или обвиняются в неоказании сопротивления нападавшему (Renner, 1988).

Cohen и Roth (1987) обнаружили, что индивидуальные различия в серьезности симптоматики связаны с возрастом жертвы, социально-экономическим статусом и характером предшествующей жизни до сексуального нападения (в детском или во взрослом состоянии). Реакция связана также с тем, сообщила ли жертва о насилии в правоохранительные органы или рассказала кому-либо об этом сразу после нападения. Еще одним фактором, усугубляющим проявление симптоматики, является использование насильником силы, устных и физических угроз, или оружия.

**ГЛАВА 2**

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОГНИТИВНО-БИХЕВИОРАЛЬНАЯ ТЕРАПИИ В РАБОТЕ С ЖЕНЩИНАМИ ПОТЕРПЕВШИМИ СЕКСУАЛЬНО-ФИЗИЧЕСКОЕ НАСИЛИЕ**

**2.1. Организация работы**

В данной главе мы обратились к непосредственному опыту системного анализа последствий сексуального насилия и особенностей переживаний травматического опыта женщин - жертв насилия, в рамках проведенного исследования особенностей проработки травматического стресса изнасилования.

Объектом исследования стали 35 женщин- жертв сексуального насилия, в возрасте от 14 до 35 лет.

Для решения поставленных задач данное исследование было проведено в 4 этапа:

Информационно-методический этап: На данном этапе производился сбор информации об объектах исследования (женщинах, переживших насилие), а также подбор психодиагностических и психотерапевтических методов.

Диагностический этап: Было проведено несколько психодиагностических срезов:

- До начала групповой психотерапевтической работы, во время первичных индивидуальных консультаций или интервью с жертвами насилия.

- Во время терапевтической работы (как правило, на 4-5 занятии терапевтической группы).

- После окончания терапевтической работы (диагностическая процедура проводилась спустя 2 недели по окончании на индивидуальных консультациях).

Психотерапевтический этап: реализация программы когнитивно- бихевиоральной терапии женщин - жертв насилия, состоящей из 13 тематических занятий в группе и поддерживающей индивидуальной психотерапии.

Аналитический этап: Анализ полученных данных, составлений рекомендаций для дальнейшего психологического сопровождения специалистами.

Для проведения психодиагностической процедуры использовались следующие методики:

- Форма сбора данных для оценки травмы сексуального насилия (Невярович Н.Е.,1999);

- Шкала самооценки степени исцеления (Невярович Н.Е., 1999);

- Шкала тревожности Тейлора (Taylor Manifest Anxiety Scale) (Taylor, 1982).

*Форма сбора данных для оценки травмы сексуального насилия*

Данная форма использовалась при интервьюировании жертв насилия. Данная методика включает в себя 5 блоков, направленных на выявление следующей информации:

- Информация о предшествующей сексуальному насилию жизни;

- Оценка отношения к половой жизни и насилию;

- Оценка ситуации насилия;

- Оценка окружения жертвы насилия;

- Отношение к психотерапии (предполагаемой).

Данная методика использовалась на первой консультации с жертвой насилия. Форма заполнялась либо психологом во время интервьюирования, либо непосредственно самой жертвой насилия.

*Шкала самооценки степени исцеления*

Во время работы обследуемым была предложена шкала самооценки степени своего исцеления. Эти вопросы были ориентированы на выявление исцеляющего эффекта в целом и не касались каких-либо специфических проблем. Исследуемым было предложено оценить свое состояние по следующим градациям:

0 - отсутствие исцеления,

1 – очень слабое исцеление,

2 – слабое исцеление,

3 – частичное исцеление,

4 – почти полное исцеление,

5 – полное исцеление.

*Шкала тревожности Тейлора (Taylor Manifest Anxiety Scale)*

Данная методика предназначена для диагностики уровня тревоги испытуемого. Шкала лжи, введенная В.Г. Норакидзе в 1975 г., позволяет судить о демонстративности и неискренности.

Опросник состоит из 60 утверждений. Для удобства использования каждое утверждение предлагается испытуемому на отдельной карточке. **2.2. Разработка программы**

Когнитивно-бихевиоральный подход в психотерапии предполагает, что проблемы человека вытекают из искажений реальности, основанных на неправильных представлениях, которые, в свою очередь, возникли в результате неправильного научения в процессе развития личности. Терапия заключается в поиске искажений в мышлении и в обучении альтернативному, более реалистичному способу восприятия своей жизни. Когнитивно-бихевиоральный подход работает, когда надо найти новые формы поведения, простроить будущее, закрепить результат. Когнитивно-бихевиоральный подход к эмоциональным расстройствам изменяет взгляд человека на себя и свои проблемы. Отказавшись от представления о себе как о беспомощной жертве обстоятельств, человек получает возможность увидеть в себе существо, как склонное рождать ошибочные идеи, так и способное отучиться от них или исправить их, определив ошибки собственного мышления. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Картина симптомов, проявляющаяся у жертв сексуального насилия, характеризуется, как одна из форм посттравматического стрессового расстройства, и квалифицируется как травматический синдром изнасилования. Жертвы изнасилований испытывают как долговременные, так и кратковременные психологические проблемы, такие как симптомы вторжения (навязчивые мысли, воспоминания, сновидения, образы), избегания, физиологической возбудимости, тревогу и депрессию.

В развитии и психотерапевтической проработке симптоматики травматического синдрома изнасилования, значительную роль играют семейные факторы и наличие социальной сети жертвы (семейная динамика, функциональность семьи, семейная поддержка, ближайшее окружение, наличие опыта насилия ранее и т.д.), большинство из которых можно рассматривать в качестве ресурсов.

Перепроживанию травматического опыта изнасилования и уменьшению его воздействия способствуют такие деструктивные психологические и поведенческие механизмы, как проституция, смена сексуальной ориентации, парасуицидальное поведение и употребление психоактивных веществ.

В процессе когнитивно-бихевиоральной психотерапии наблюдается достоверное уменьшение симптомов посттравматического стресса, связанного с изнасилованием, в том числе симптомов депрессии, тревоги, вторжения, избегания и физиологической возбудимости.

Когнитивно-бихевиоральная психотерапия, действующая в контексте группы и основанная на базовых ритуальных практиках различных этнологических групп, имеет большой потенциал для внедрения в обширную практику. Не пытаясь анализировать в данной работе природу этих феноменов с точки зрения их связи с регрессивными или трансформационными процессами, результаты исследования позволяют предполагать их связь с состояниями сознания и стилями переработки информации, в т.ч. травматического опыта.

Эмпирические результаты, полученные в ходе данного исследования имеют большой потенциал для дальнейших исследований, а также для внедрения в психотерапевтическую практику при подготовке специалистов по работе с последствиями посттравматического стресса и травматического синдрома изнасилования.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.- М.: Медицина, 2000, стр 173-176
2. Антонян Ю.М., Голубев В.П., Кубряков Ю.Н. Изнасилования: причины и предупреждения.- М. ВНИИ МВД, 1990
3. Гусейнов А.А. Ненасилие и перспективы общества. // Этика ненасилия. Материалы международной конференции. Под ред. Апресяна Р.Г.- М., 1991
4. Гусейнов А.А. Понятие насилия и ненасилия. // Вопросы философии, 1994, №6, стр. 35-42.
5. Диагностика и лечение тревожных расстройств (Руководство для врачей). Под ред. Ю.А. Александровского и др. Copyright 1989 by American Psychiatric Press, Inc
6. Зиновьева Н.О., Михайлова Н.Ф. Психология и психотерапия насилия. Ребенок в кризисной ситуации.- СПб: Речь, 2003 г.
7. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. - М., ГЭОТАР Медицина, 1998.
8. Ромек В.Г., Конторович В.А., Крукович Е.И. Психологическая помощь в кризисных ситуациях. СПб, Речь, 2004-04-25
9. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., Svr-Аргус, 1995.
10. Тарабрина Н.В., Лазебная Е.О. Синдром посттравматических стрессовых нарушений: современное состояние и проблемы // Психологический журнал. 1992. Т. 13. N 2.
11. Тарабрина Н.В., Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб., Питер., 2001
12. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движения глаз: основные принципы, протоколы и процедуры/ Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998