

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Красноярский государственный педагогический университет  
им. В.П. Астафьева»  
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Факультет начальных классов  
Выпускающая кафедра психологии и педагогики начального образования

**Чепикова Юлия Сергеевна**  
МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Тема: Индивидуальное консультирование как средство психологической помощи в проработке травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие

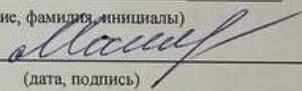
Направление: 44.04.02 Психолого-педагогическое образование  
Магистерская программа: «Мастерство психологического консультирования»

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ:

Заведующая кафедрой

к. псих. наук, доцент Мосина Н.А.

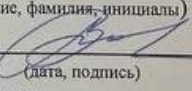
(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

  
(дата, подпись)

Руководитель магистерской программы

к. псих. наук, доцент Сафонова М.В.


(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

01.12.23  
  
(дата, подпись)

Научный руководитель

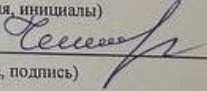
к. псих. наук, доцент Сафонова М.В.

(ученая степень, ученое звание, фамилия, инициалы)

01.12.23  
  
(дата, подпись)

Обучающийся Чепикова Ю.С.

(фамилия, инициалы)

01.12.2023  
  
(дата, подпись)

Красноярск 2023

## СОДЕРЖАНИЕ

Реферат.....	3
Введение.....	10
ГЛАВА 1. Теоретические основы исследования травматического синдрома как последствия сексуального насилия, совершенного над молодыми женщинами.....	15
1.1. Травматический синдром сексуального насилия как психологическая проблема .....	15
1.2. Особенности проживания сексуального насилия молодыми девушками.....	24
1.3. Индивидуальное консультирование как средство психологической помощи в проработке травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие.....	29
Выводы по Главе 1.....	38
ГЛАВА 2. Разработка и реализация программы индивидуального консультирования, направленного на проработку травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие.....	40
2.1. Методическая организация исследования и результаты констатирующего эксперимента.....	40
2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента.....	52
2.3. Результаты формирующего эксперимента.....	61
Выводы по Главе 2.....	67
Заключение.....	69
Список использованных источников.....	71
Приложения.....	79

## Реферат

Диссертация на соискание степени магистра по направлению подготовки 44.04.02 Психолого-педагогическое образование, направленность «Мастерство психологического консультирования» и теме «Индивидуальное консультирование как средство психологической помощи в проработке травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие».

**Цель исследования** – теоретически обосновать и экспериментально доказать результативность программы индивидуального консультирования с целью проработки травматического синдрома, возникшего вследствие перенесенного сексуального насилия.

**Объект исследования** – процесс проработки травматического синдрома, возникшего вследствие перенесенного сексуального насилия у молодых девушек.

**Предметом исследования** является индивидуальное психологическое консультирование как средство помощи в проработке травматического синдрома у молодых девушек, пережившим сексуальное насилие.

В связи с указанными целью, объектом и предметом выдвигается следующая **рабочая гипотеза**, которая заключается в предположении о том, что индивидуальное консультирование будет являться результативным средством психологической помощи молодым девушкам, пережившим сексуальное насилие в проработке травматического синдрома, если:

- 1) будет организовано индивидуальное консультирование, основанное на психологических особенностях женщин;
- 2) содержание индивидуальных консультаций будет направлено на проработку посттравматического синдрома, коррекцию психоэмоционального состояния, восстановления чувства безопасности и самоконтроля;
- 3) в ходе консультаций будут реализованы условия интегративного подхода, что предполагает использование техник и приемов из различных

психологических направлений (арт-терапевтические техники, техники гештальт-терапии, техники телесно-ориентированной терапии, МАК-сессии и т.д.).

**Теоретическую и методологическую основу исследования составили:**

- теоретические представления о сексуальном насилии и его последствиях: Антонян Ю.М., Кравцова О.А., Невярович Н.Е. и др.
- работы, посвященные посттравматическому синдрому, полученному в ходе пережитого сексуального насилия: Антонян Ю.М., Кравцова О.А., Магомед-Эминов М.Ш., Невярович Н.Е., Тарабрина Н.В.
- исследования в области индивидуального консультирования и психологической помощи молодым девушкам, пережившим сексуальное насилие: Малкина-Пых И.Г., Пономарева И.М. и др.

**Методы исследования:**

1. Теоретические – анализ психологической литературы по проблеме исследования, обобщение практического опыта по работе психологов с сексуальным насилием.
2. Эмпирические – тестирование, интервью; эксперимент (индивидуальное консультирование).
3. Статистические – методы математической обработки данных, биномиальный критерий.

**Экспериментальная база исследования:** эксперимент проводился посредством индивидуального консультирования на базе кабинета психолога в г. Красноярске и пгт. Раздолинске Красноярского края. В исследовании принимали участие 3 человека в возрасте от 21-27 лет.

**Теоретическое значение исследования** состоит в том, что в работе мы обобщили теоретические подходы психологического консультирования с целью создания программы индивидуального консультирования, как возможного способа проработки травматического синдрома, полученного в

ходе сексуального насилия.

**Практическое значение исследования** состоит в разработке программы индивидуальных консультаций, направленной на проработку травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие. Полученный теоретический и практический материал может быть использован в работе частных психологов, психологов консультативных центров.

**Апробация результатов исследования** проходила в ходе организации и проведения индивидуальных консультаций. Также по теме научного исследования имеются 2 публикации.

**Структура диссертации:** работа состоит из реферата, введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и приложений.

**Во Введении** обсуждается актуальность работы, цели и задачи исследования, научная новизна, научная и практическая значимость диссертации, формулируются положения, выносимые на защиту, а также приводится список работ, в которых опубликованы результаты данного исследования.

**В Главе 1** описаны теоретические основы понимания травматического синдрома как последствия сексуального насилия, а также приведены особенности индивидуального консультирования как средства психологической помощи в проработке травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие. Представлены теоретические выводы.

**В Главе 2** представлено экспериментальное исследование по применению индивидуального консультирования, направленного на проработку травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие. Описаны методическая организация исследования и обсуждение результатов констатирующего эксперимента, организация и проведение формирующего эксперимента, результаты формирующего

эксперимента и их обсуждение. Сделаны выводы.

**В** **Заключении** сформулированы основные результаты диссертационного исследования.

**В приложениях** представлены таблицы, содержащие данные по результатам исследования, протоколы консультаций, а также результаты математической обработки данных.

Таким образом, в ходе теоретической и опытно-экспериментальной работы положения гипотезы получили подтверждение, задачи исследования решены, цель достигнута.

### **Abstract**

A dissertation for a master's degree in the field of training 44.04.02 Psychological and pedagogical education, focus "Mastery of psychological counseling" and the topic "Individual counselling as a means of psychological support for trauma syndrome treatment for young girls who have experienced sexual violence".

**The purpose of the study** is to theoretically substantiate and experimentally prove the effectiveness of the individual counselling program in order to develop the traumatic syndrome that arose from the experience of sexual violence.

**The object of the study** is the process of developing the traumatic syndrome caused by sexual abuse in young girls.

**The study focuses** on individual psychological counselling as a means of assisting young girls who have experienced sexual violence to develop trauma syndrome.

In connection with this purpose, object and subject, the following working **hypothesis** is put forward, which is to assume that individual counselling will be an effective means of psychological assistance to young girls, To survivors of sexual violence in the treatment of traumatic syndrome if:

1) Individual counselling based on the psychological characteristics of women will be provided.

2) The content of individual consultations will be aimed at developing post-traumatic syndrome, correcting psycho-emotional state, restoring a sense of security and self-control.

3) during the consultations, the conditions of an integrative approach will be realized, which implies the use of techniques and techniques from various psychological directions (art-therapeutic techniques, techniques of gestalt-therapy, techniques of body-oriented therapy, MAC-sessions, etc.).

**The theoretical and methodological basis of the study was:**

- theoretical ideas on sexual violence and its consequences: Antonyan Y.M., Kravtsova O.A., Nevyarovich N.E. etc.
- work on post-traumatic syndrome obtained during the experience of sexual violence: Antonian Y.M., Kravtsova O.A., Nevyarovich N.E., Magomed-Eminov M.S., Tarabarina N.V.
- research in the field of individual counselling and psychological assistance for young girls who have experienced sexual violence: Malkina-Pych I.G., Ponomareva I.M. etc.

**Research methods:**

1. Theoretical - analysis of psychological literature on the problem of research, generalization of practical experience on the work of psychologists with sexual violence.

2. Empirical - testing, observation; conversation; experiment (individual counselling).

3. Statistical - methods of mathematical data processing, binomial criterion.

**Experimental basis of the study:** the experiment was carried out by means of individual consulting on the basis of the office of a psychologist in Krasnoyarsk and Razdolinsk, Krasnoyarsk Krai. The experiment was conducted by means of individual consultations. The study involved 3 people aged 21-27.

**The theoretical significance of the study** lies in the fact that in the work we have tried to generalize the theoretical approaches of psychological counselling with the aim of creating a program of individual counselling as a possible way of developing traumatic syndrome, of sexual violence.

**The practical value of the study** lies in the development of an individual counselling programme aimed at developing traumatic syndrome in young girls who have experienced sexual violence. The resulting theoretical and practical material can be used in the work of private psychologists and psychologists of advisory centres.

**The results of the study** were tested during the organization and individual consultations. There are also two publications on the subject of scientific research.

**The structure of the thesis:** the work consists of abstract, introduction, two chapters, conclusion, list of used sources and applications.

**The Introduction** discusses the relevance of the work, aims and objectives of the research, scientific novelty, scientific and practical significance of the thesis, formulates the provisions for protection, and provides a list of works in which the results of the study are published.

**Chapter 1** describes the theoretical basis of understanding traumatic syndrome as a consequence of sexual violence, and also describes the features of individual counselling as a means of psychological assistance in dealing with traumatic syndrome in young girls, survivors of sexual violence. Theoretical conclusions are presented.

**Chapter 2** presents a pilot study on the use of individual counselling to address traumatic syndrome in young girls who have experienced sexual violence. The methodical organization of the study and discussion of the results of the substantiating experiment, organization and conduct of the forming experiment, results of the forming experiment and their discussion are described. It draws conclusions.

**The Conclusion** formulates the main results of the dissertation research.



**The annexes** contain tables containing research data, consultation protocols and mathematical data processing.

Thus, in the course of theoretical and experimental work, the provisions of the hypothesis were confirmed, the research tasks were solved, the goal was achieved.

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Случаи сексуального насилия наносят вред, прежде всего, психическому здоровью. Произошедшее может глубоко задеть самооценку, человек испытывает меньше уважения к себе, и ему трудно доверять другим.

Многие девушки чувствуют себя виноватыми в том, что не сказали «нет» достаточно ясно, и поэтому в произошедшем насилии обвиняют себя. Если такое чувство возникает, это не означает, что это так. Независимо от того, какие чувства или мысли возникают после произошедшего, вина всегда на стороне насильника.

Многие люди испытывают стыд и отвращение к произошедшему насилию, и поэтому им трудно о нём рассказать. Это приводит к чувству одиночества и сомнению в собственном опыте. Может возникнуть беспокойство, тревожность, депрессия, стресс, проблемы со сном, вспышки гнева и суицидальные мысли. У некоторых людей симптомы проявляются быстро, в то время как у других только по прошествии времени.

Сексуальное насилие – наиболее острая проблема в настоящее время, так как оно имеет не только психологический, но также социальный, медицинский и юридический аспекты.

Важно понять, что в одиночку с пережитым сексуальным насилием бороться нельзя. Пострадавшему необходима помощь специалиста: только он сможет справиться с такой сложной задачей. Срочная психологическая помощь жертвам должна быть направлена именно на стабилизацию их текущего психологического и физиологического состояния, возврату к обычной жизни, которую они вели до случившегося.

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.

**Степень изученности проблемы.** Проблема сексуального насилия и его последствий существует несколько веков, но предметом научного исследования стала только в 70-х годах двадцатого столетия в США, а затем в Европе [Hedlund E., Kilpatrick D.G и др.]. В России до последнего времени данный вопрос не являлся предметом широкого обсуждения, а тем более глубоких научных исследований. Только в 90-е годы XX века появились первые научные монографии на эту тему [Антонян Ю.М., Дворянчиков Н.В. и др.]. От констатации факта существования проблемы насилия общество перешло к серьезному научному анализу.

На сегодняшний день среди русскоязычной литературы есть работы, посвященные проблемам сексуального насилия и его последствий, но в основном это юридические, медицинские и криминологические труды.

Острая нужда в изучении проблемы психологических последствий насилия вообще и сексуального насилия в частности закономерно обуславливает тот факт, что первые труды, посвящённые этому вопросу, носят характер методических рекомендаций по оказанию психологической, медицинской, правовой и социальной помощи пострадавшим. Появление различных центров помощи жертвам насилия является важным шагом на пути решения проблемы, и во многом психологи используют опыт работы с пострадавшими, накопленный в других странах.

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.

**Теоретическую и методологическую основу исследования составили:**

- теоретические представления о сексуальном насилии и его последствиях: Антонян Ю.М., Кравцова О.А., Невярович Н.Е. и др.

- работы, посвященные посттравматическому синдрому, полученному в ходе пережитого сексуального насилия: Антонян Ю.М., Кравцова О.А., Магомед-Эминов М.Ш., Невярович Н.Е., Тарабрина Н.В.

- исследования в области индивидуального консультирования и психологической помощи молодым девушкам, пережившим сексуальное насилие: Малкина-Пых И.Г., Пономарева И.М. и др.

**Цель исследования** – теоретически обосновать и экспериментально доказать результативность программы индивидуального консультирования с целью проработки травматического синдрома, возникшего вследствие перенесенного сексуального насилия.

**Объект исследования** – процесс проработки травматического синдрома, возникшего вследствие перенесенного сексуального насилия у молодых девушек.

**Предметом исследования** является индивидуальное психологическое консультирование как средство помощи в проработке травматического синдрома у молодых девушек, пережившим сексуальное насилие.

В связи с указанными целью, объектом и предметом выдвигается следующая **рабочая гипотеза**, которая заключается в предположении о том, что индивидуальное консультирование будет являться результативным средством психологической помощи молодым девушкам, пережившим сексуальное насилие в проработке травматического синдрома, если:

- 1) будет организовано индивидуальное консультирование, основанное на психологических особенностях женщин;

- 2) содержание индивидуальных консультаций будет направлено на проработку посттравматического синдрома, коррекцию психоэмоционального состояния, восстановления чувства безопасности и самоконтроля;

- 3) в ходе консультаций будут реализованы условия интегративного подхода, что предполагает использование техник и приемов из различных

психологических направлений (арт-терапевтические техники, техники гештальт-терапии, техники телесно-ориентированной терапии, МАК-сессии и т.д.).

Достижение поставленной цели требует решения следующих **задач**:

1. Проанализировать различные подходы к пониманию феномена сексуального насилия с целью выявления проблем изучения, постановки задач и выбора методов исследования.

2. Сформулировать критериальный аппарат исследования.

3. Составить диагностический комплекс для изучения проявления травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие.

4. Провести эмпирическое исследование особенностей проявления травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие.

5. Разработать и экспериментально апробировать программу индивидуального консультирования, позволяющую способствовать проработке травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие.

6. Проследить динамику изменения до и после формирующего эксперимента.

7. Проверить гипотезу с помощью методов математической статистики.

**Методы исследования:**

1. Теоретические – анализ психологической литературы по проблеме исследования, обобщение практического опыта по работе психологов с сексуальным насилием.

2. Эмпирические – тестирование, интервью; эксперимент (индивидуальное консультирование).

3. Статистические – методы математической обработки данных,

биномиальный критерий.

**Экспериментальная база исследования:** эксперимент проводился посредством индивидуального консультирования на базе кабинета психолога в г. Красноярске и пгт. Раздолинске Красноярского края. В исследовании принимали участие 3 человека в возрасте от 21-27 лет.

**Научная новизна.** Описана специфика индивидуальной работы с молодыми девушками, пережившими сексуальное насилие с точки зрения комплексного воздействия интегративного подхода для проработки травматического синдрома.

**Теоретическое значение исследования** состоит в том, что в работе мы попытались обобщить теоретические подходы психологического консультирования с целью создания программы индивидуального консультирования, как возможного способа проработки травматического синдрома, полученного в ходе сексуального насилия.

**Практическое значение исследования** состоит в разработке программы индивидуальных консультаций, направленной на проработку травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие. Полученный теоретический и практический материал может быть использован в работе частных психологов, психологов консультативных центров.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы и источников и приложения.

**Апробация результатов исследования** проходила в ходе организации и проведения индивидуальных консультаций. По теме научного исследования имеются 2 публикации.

**Структура диссертации.** Работа состоит из реферата, введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений. Общий объем диссертационного исследования составил 102 страницы, включая 7 рисунков, 2 таблицы, 5 приложений. Количество использованных источников – 70.

# **Глава 1. Теоретические основы исследования травматического синдрома как последствия сексуального насилия, совершенного над молодыми женщинами**

## **1.1. Травматический синдром сексуального насилия как психологическая проблема**

Сексуальное насилие оставляет у жертвы неизгладимый след. Серьезность последствий зависит от многих факторов: от возраста жертвы, особенностей ее психики, ситуации, типа и формы насилия, частоты и тяжести насильственных действий, от того знала ли жертва насильника.

«Травматический синдром изнасилования является особым случаем посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), когда жертва насилия страдает из-за симптомов, вызванных пережитым сексуальным насилием» [43, с. 25].

Впервые синдром травмы изнасилования был описан Энн Бёрджесс и Линдой Хольмстром в 1974 году [65]. В 1972 г. Энн Бёрджисс и Линда Хольмстром предприняли исследование психологических последствий изнасилования, в ходе которого они интервьюировали и консультировали всех пострадавших от сексуального насилия, обратившихся в отделение неотложной помощи клиники города Бостон. Исследование продолжалось около двух лет, в течение которых они опросили более 600 женщин и идентифицировали «синдром травмы изнасилования».

Синдром травмы изнасилования является формой посттравматического стрессового расстройства, которое развивается у пострадавших от сексуального насилия. Он включает в себя физические, эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции, развившиеся вследствие столкновения с угрожающим жизни событием.

Симптоматика травматического синдрома изнасилования подобна остальным случаям ПТСР и включает следующие проявления:

- рекуррентное, постоянное и беспокоящее переживание травмы через неприятные воспоминания, сны, навязчивые действия и чувства, как будто бы события повторяются (повторные переживания травмы, иллюзии, галлюцинации), «флэшбэки» – внезапные, яркие и реалистичные, вспышкообразные возвращения травмирующих переживаний;

- 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;

- психогенная амнезия;

- снижение интереса к значимым сферам жизнедеятельности, появление отчужденности от других людей, чувства отсутствия будущего, снижение эмоциональных реакций;

- регулярные симптомы повышенного возбуждения с раздражительностью и вспышками гнева, нарушение концентрации, которое включает в себя раздражительность и вспышки гнева, нарушение концентрации внимания, гиперактивность, неадекватность и др.

- в результате вышеперечисленных расстройств появление значительного дистресса или дезадаптации в социальной, профессиональной и других областях жизнедеятельности.

При продолжительности этих симптомов в течение не менее 1 месяца, диагностируется травматический синдром сексуального насилия.

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» [63]. 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» [47, с. 246].

Согласно Арнольду М. Людвигу [69], 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 по А.М. Людвигу [30] 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 иницируемая 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 потере 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 удастся 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 является наиболее общей травмой, которая с большой вероятностью продуцирует симптоматику, близкую к ПТСР.

«Можно выделить четыре основные фазы развития травматического синдрома сексуального насилия» [17].

1. Острая фаза. Характерные реакции:

- экспрессивная реакция: открытая демонстрация нервного возбуждения, ярости, страха, тревожности. Женщина может плакать, ругаться, кричать, смеяться, впасть в истерику – все это абсолютно нормальная реакция на пережитую травму.

- контролируемая реакция: жертва маскирует или прячет свои чувства, принимая спокойный, собранный и сдержанный вид как будто «ничего не случилось» или «все в порядке». Она будет спокойно сидеть, отстраненно и логически отвечать на вопросы, скрывая переживаемые ею чувства.

- дезориентация: пострадавшая испытывает сильнейшую дезориентацию, спутанность сознания. Она не может ни на чем сосредоточиться, не в состоянии принимать даже самые незначительные решения. Рассказывая о случившемся, путается и допускает фактические ошибки. Это является типичным проявлением шокового состояния.

- физическая реакция: (болезненные ощущения в местах применения силы и подвергшихся изнасилованию, тошнота, рвота, головокружение, нарушение сна, аппетита).

- эмоциональная реакция: (унижения, нечистоты, вины, стыда, растерянности, тревожности, подозрительности, гнева и желания отомстить.) Считать, что основной реакцией на изнасилование являются чувства стыда и вины, но именно острое чувство страха наряду с ощущением собственной беспомощности и бессилия и являются причинами развития синдрома травмы изнасилования.

- когнитивная реакция: пострадавшие постоянно пытаются заблокировать любые мысли о пережитом насилии, или их мыслительный ряд превращается в бесконечный анализ ситуации и возможности ее более удачного завершения.

2. Фаза отрицания. Пострадавшая пытается вернуться к обычному образу жизни. Может полностью заблокировать воспоминания о трагичных событиях, не желая вспоминать и обсуждать произошедшую трагедию. Иногда эта стадия длится годами и можно ошибочно предположить, что человек исцелился и справился со своим горем. На самом деле этот период затишья, и он нужен женщине, чтобы собраться с силами для осмысления травмы и восстановления после нее.

3. Фаза преобразования. Сложный, болезненный и долгосрочный процесс, когда пережившая сексуальное насилие женщина, пытается осознать свои страхи и чувства и интегрировать приобретенный опыт в жизнь. Заново учится любить и принимать себя, пытается вновь обрести утраченное чувство безопасности. Именно на этой стадии женщина чаще всего обращается за помощью к психологу.

- социальные последствия: снижается работоспособность, память, многие бросают учебу и работу, не находят силы на хобби. Многие отказываются выходить из дома без сопровождения. У пострадавшей

возникают вспышки гнева, ярости, отчужденность к близким. Девиантное поведение.

- психологические последствия: это чувство вины, стыда, беспомощности, унижения, потеря веры в себя и уважения к себе. Невыраженная агрессия может перейти в попытку суицида, самоповреждений, соматические заболевания и самоуничужение, нивелирование и обесценивание всех своих предыдущих и последующих достижений. Страх за свое здоровье и перед осуждением. Напряжение столь велико, что начинаются панические атаки. Флешбеки, перенося ее в состояние изнасилование, вплоть до болевых ощущений. Кошмары.

- сексуальные последствия: секс больше не воспринимается как источник радости, сложно возобновить привычную сексуальную жизнь. Даже если это любимый мужчина и женщина считает, что готова ей сложно получить удовольствие иногда. Аутоагрессия, неприятие своего тела пострадавшая начинает вступать в интимные отношения с малознакомыми и случайными людьми, наказывая себя таким образом или стремясь обрести контроль над своей сексуальностью.

4. Фаза интеграции. Пострадавшая становится способной осмыслить травму сексуального насилия и интегрировать этот опыт в свою жизнь, так что пережитое насилие перестает быть ее центром. Воспоминания не исчезают, но постепенно выцветают и перестают преследовать. Во время этой фазы негативные чувства, такие как вина и стыд, оказываются разрешенными, и жертва уже не винит себя за произошедшее, Пострадавшие восстанавливают ту часть своей личности, которая была замещена травматическими симптомами, и вновь начинают чувствовать себя «самими собой», нормальный ход их жизни восстанавливается.

Таким образом, более половины жертв изнасилования проявляют определенный уровень травматического синдрома изнасилования. Выход из депрессии и социальная корректировка обычно занимают несколько месяцев

после ситуации травмы. Но такие симптомы как страх, тревожность, переживание травмы, расстройства сна, ночные кошмары, избегание стимулов, напоминающих о нападении, сохраняются во многих жертвах изнасилования на многие годы, иногда – навсегда. У пострадавших женщин может снижаться самооценка даже спустя годы после ситуации изнасилования.

Девушки с высокой эмоциональной и психологической стабильностью имеют меньшую вероятность к развитию симптомов ПТСР. В ситуации изнасилования имеется значительный социальный аспект.

Жертва сталкивается не только с изнасилованием, но и с реакцией окружающих на это. Девушка, подвергшаяся изнасилованию, попадает в безысходную ситуацию. Если женщина решает сопротивляться в момент нападения, то более вероятно, что она получит социальную поддержку от своей семьи и друзей. Жертвам часто задают вопросы относительно их собственного поведения, стиля одежды, сексуальной жизни и умственного здоровья, то есть вопросы, которые предполагают виновность жертвы. Известно огромное количество случаев изнасилования, которые не доходят до судебной практики из-за некоторых характеристик жертвы: потребление алкоголя, неуправляемое поведение, разведенные женщины, отдельно живущие или одинокие безработные или находящиеся на содержании. Если жертва знала насильника (около 70 % случаев) и предприняла поездку в машине насильника или добровольно сопровождала насильника до его дома, то полиция может отклонить ее заявление как необоснованное. Поддержка, которую жертва получает от своих родителей, мужа или партнера, друзей играет очень важную роль в успешности преодоления жертвой ее ситуации. В некоторых случаях женщины отвергаются своими родителями или обвиняются в неказании сопротивления нападавшему.

Индивидуальные различия в степени проявления симптомов ПТСР связаны с возрастом жертвы, социально-экономическим статусом и стилем

предшествующей жизни до сексуального нападения. Важным фактором в серьезности симптоматики является использование насильником силы, устных и физических угроз или оружия.

Некоторые факторы делают пострадавших более уязвимыми в результате множественной дискриминации, которой они подвергаются и которая связана как с их полом, так и с фактом, что они могут принадлежать к четко опознаваемому меньшинству или этническим группам с их религией или языком, их статусом коренных жительниц, эмигранток, перемещенных лиц или беженок, женщин, живущих в отдаленных сельских районах, интернированных или заключенных женщин, женщин-инвалидов, женщин – носительниц ВИЧ, лесбиянок, бисексуальных или трансгендерных женщин, малолетних девочек, пожилых или овдовевших женщин и женщин, страдающих от любых других форм дискриминации. Наконец, в ситуациях кризиса или вооруженного конфликта, использование изнасилования, порабощения, сексуального насилия или сексуальной эксплуатации являются самыми систематическими и широко распространенными проявлениями насилия против женщин.

Помимо серьезных последствий для физического здоровья (особенно значительного увеличения риска заражения ВИЧ) и психического здоровья пострадавших, насилие против женщин также приводит к тяжелым социальным последствиям и большим экономическим потерям, к которым следует добавить время политической и экономической нестабильности. Политическая нестабильность и вооруженные конфликты являются дополнительными источниками насилия против женщин и девочек. Во многих странах даже после завершения конфликта, климат насилия продолжает царить в течение долгого времени и во многих странах, переживших вооруженный конфликт, возросшая терпимость к насилию и массовое распространение оружия приводят к активизации насилия, и полового в том числе, в периоды вне конфликта.

Таким образом, травматический синдром сексуального насилия является формой посттравматического стрессового расстройства, которое развивается у пострадавших от сексуального насилия. Он включает в себя физические, эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции, развившиеся вследствие столкновения с угрожающим жизни событием.

## **1.2. Особенности проживания сексуального насилия молодыми девушками**

Сексуальное насилие, по определению Всемирной организации здравоохранения – это:

- «любой сексуальный акт или попытку его совершения;
- нежелательные сексуальные замечания или заигрывания;
- любые действия против сексуальности человека с использованием принуждения, совершаемые любым человеком независимо от его взаимоотношений с жертвой, в любом месте, включая дом и работу, но, не ограничиваясь ими» [42].

Принуждение может быть очень разным по степени применения силы. Помимо физической силы преступник может использовать психологическое запугивание, шантаж, может угрожать, например, физической расправой. Насилие может также происходить, когда человек, принуждаемый к сексу, не может дать на это согласия, например, если он находится в алкогольном или наркотическом опьянении, заснул или психически не способен оценить ситуацию.

К сексуальному насилию относится собственно изнасилование, определяемое как насильственное (с использованием любого вида принуждения) проникновение. Попытка совершить такое действие называется попыткой изнасилования. Изнасилование человека двумя или более преступниками называется групповым изнасилованием.



Сексуальное насилие может происходить в разных местах и при разных обстоятельствах, например:

- изнасилование в браке или во внебрачных отношениях; изнасилование незнакомыми людьми;
- систематические изнасилования во время вооруженных конфликтов; нежелательные сексуальные заигрывания или домогательства, включая требование секса в обмен на какие-либо блага;
- сексуальное насилие над психически или физически больными людьми;
- сексуальное насилие над детьми; навязанный брак или сожительство, в том числе принуждение к браку детей;
- запрет применять контрацептивы или другие меры для защиты от болезней, передаваемых половым путем;
- принуждение к аборту;
- насильственные акты против сексуальной целостности женщин, включая увечья половых органов или обязательную проверку девственности;
- принуждение к проституции и торговля людьми с целью сексуальной эксплуатации;
- порно-месть – размещение фото/видео интимного характера в открытом доступе без согласия участвующего лица;
- кэтколлинг (от англ. catcall) – домогательства в общественных местах, когда мужчины свистят проходящей мимо девушке, отпускают объективирующие комментарии, показывают непристойные жесты и т.д.;
- стелсинг (от англ. stealth) – партнер без предупреждения и намеренно не использует презерватив во время полового акта, исходя из своих личных целей, при этом зная, что партнерша не хочет ребенка или то, что беременность может быть угрозой здоровью.

Реакция насилия проявляется у каждого человека по-разному, потому что в любом случае сексуальное насилие – это стресс для организма. Что

касается физиологических аспектов переживания сексуального насилия – это может быть зажатость, скованность, проблемы со сном, отсутствие аппетита, неприятие себя настолько, что даже тело становится «противным».

В сексуальной сфере проявления могут быть выражены в виде спазмов, фантомных болей детородных органов, отсутствия сексуального желания, аноргазмии и т.д.

Говоря об эмоциональной сфере переживание сексуального насилия могут проявляться в раздражительности, гневливости, повторном переживании травматического события в настоящем времени в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом или ужасом, флешбэками или ночными кошмарами.

«Считается, что основной причиной травмы изнасилования являются чувства стыда и вины. Но именно чувства страха, неспособность защитить себя. Ощущение собственного бессилия и беспомощности погружают пережившую насилие девушку, в состояние посттравматического шока» [17].

У процесса проживания есть несколько основных этапов.

Первый этап характерен не сколькими основными реакциями. Они зависят от личных особенностей жертвы. Реакция может быть экспрессивной, проявляться в плаче, крике, агрессии, смехе, истерике. Или, наоборот, контролируемой, когда эмоции тщательно скрываются, и человек выглядит спокойным, последовательно отвечает на вопросы. В отличие от ситуации дезориентации, когда пострадавшая не ориентируется в пространстве, мысли спутаны и не может рассказать, о произошедшем с ней.

Второй этап характерен отрицанием, когда подвергшаяся насилию женщина, пытается заблокировать любые воспоминание об этом событии. Вернуться к обычному образу жизни, годами, не находя ресурса для проживания случившегося.

Далее начинается этап преобразования. Сложный и болезненный процесс, осознания своих страхов, чувств. Попытки заново принять и

полюбить себя, обрести чувство утраченной безопасности, именно на этой стадии женщина, чаще всего обращается за помощью к психологу.

Со временем пострадавшие становятся способными осмыслить травму сексуального насилия и интегрировать этот опыт в свою жизнь, так что пережитое насилие перестает быть ее центром. Воспоминания не исчезают, но постепенно выцветают и перестают преследовать пострадавшую и влиять на ее жизнь. Во время этой фазы негативные чувства, такие как вина и стыд, оказываются разрешенными, и жертва уже не винит себя, за произошедшее. Достигшие фазы восстановления уже имеют, четкое осознание того, что ответственность за произошедшее лежит на насильнике. И то, что они действовали правильно, соответственно сложившимся обстоятельствам, и лучшим доказательством тому является тот факт, что они остались живы.

Тем не менее, некоторые пострадавшие от сексуального насилия так никогда и не достигают фазы разрешения, на многие годы «застревая» в фазе отрицания. Чаще всего это происходит с людьми, которые не получили никакой эмоциональной поддержки или психологического консультирования, а также с теми, кто столкнулся с негативной реакцией окружающих на известие о пережитом насилии.

Психолог Ковалевская А.Г. [17] выделяет следующие факторы, влияющие на способность пострадавшей к преодолению кризиса:

- *личные качества.* Определяется тем, какими копинговыми механизмами обладает жертва, и насколько успешно она справлялась с кризисными ситуациями в прошлом. Кроме того, такие личные качества, как высокая самооценка и уверенность в себе, которые хоть и оказываются значительно ослабленными изнасилованием, могут ощутимо поддержать жертву и ускорить процесс восстановления.

- *наличие поддержки.* Процесс исцеления пострадавшей во многом будет зависеть от наличия поддержки родных и близких.

Если ее признание было проигнорировано или встречено недоверием и/или

обвинениями ее самой и поиском в ней причин произошедшего, это может только обострить и без того мучающие жертву чувство собственной вины, ненависти к себе, ощущение одиночества и изолированности, и еще сильнее ее травмировать. Подобная повторная травматизация в некоторых случаях может быть не менее болезненной и разрушительной для психического здоровья, нежели первоначальная травма, вызванная изнасилованием. Если близкие жертве люди не могут или не хотят предложить ей свою поддержку, очень важно получить помощь и признание от других людей. Для многих семей факт изнасилования оказывается не менее травматичным, чем для жертвы, и пострадавшая, видя, как страдают ее близкие люди, закрывается в себе и перестает делиться своими переживаниями, испытывая чувство вины за то, что заставила за себя волноваться.

- *решение никому не рассказывать о происшедшем.* Такое решение отягощает жертву дополнительной психоэмоциональной нагрузкой и мешает ей обратиться за помощью и поддержкой. Для успешного процесса восстановления от травмы очень важно поощрять пострадавшую к обсуждению ее мыслей, действий и эмоций, как во время, так и после эпизода насилия.

- *обращение за помощью к специалисту.* Консультация психолога, как правило, облегчает и ускоряет процесс восстановления – дает жертве возможность выговориться, предлагает различные стратегии, способствующие быстрой адаптации, предлагает психологическую и эмоциональную поддержку.

- *наличие других проблем в жизни жертвы.* Процесс исцеления может быть сильно затруднен, если пострадавшей приходится одновременно решать другие проблемы, например, алкогольной или наркотической зависимостей, процесса развода или разрыва отношений, возникшие или уже существующие экономические, профессиональные, семейные, эмоциональные или другие трудности. Поскольку сильный стресс вызывает

регрессию в наиболее уязвимых областях, изнасилование может реактивировать или обострить эти проблемы, даже если до этого они находились под контролем.

Таким образом, существует несколько основных стадий проживания травмы сексуального насилия молодыми девушками, а также факторов, влияющих на процесс проживания, например, таких как личные качества девушки, наличие поддержки и т.д.

### **1.3. Индивидуальное консультирование как средство психологической помощи в проработке травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие**

Насилие глубоко травмирует человека: разрушается самоуважение и способность контролировать свою жизнь, теряется доверие к людям, возникают эмоциональные нарушения. Людям, пережившим насилие, необходимо раскрыть все детали происшедшего, чтобы все подробности не мучили и не вызывали стыда и тайного отвращения к себе. Консультант осуществляет поддержку и помогает преодолеть клиенту чувство изолированности и потерянности.

Процесс индивидуального консультирования жертв насилия в общем виде включает в себя следующие этапы:

- установление контакта с клиентом;
- выяснение причин, побудивших клиента обратиться за помощью к консультанту;
- анализ, оценку и диагностику проблемы насилия с точки зрения клиента и консультанта;
- совместное формулирование проблемы и определение целей консультирования;
- формирование доступа клиента к своим ресурсам;

- установление стратегии и плана действий (альтернативы и решения);
- оценку результатов консультирования и установление обратной связи.

Существует специфика оказания экстренной психологической помощи взрослым, пострадавшим от сексуального насилия.

Практика показывает, что пострадавшим от насилия необходима немедленная психологическая помощь, а в ряде случаев – и длительная психологическая помощь. Первая задача психологической помощи – как можно быстрее помочь пострадавшему вернуться к нормальной жизни. При этом необходимо учитывать, что изнасилование вторгается во все сферы жизни человека – физическую, эмоциональную, личную, общественную.

Большинство консультантов придерживаются следующих трех принципов психологической помощи взрослым, пострадавшим от сексуального насилия:

1) помощь должна облегчить кризисное состояние, способствовать скорейшему выходу из него, снизить риск стойких психопатологических последствий;

2) в кризисный период важна эмоциональная поддержка близкого человека;

3) изнасилование – это кризис также для близких родственников и друзей, которым тоже может потребоваться психологическая поддержка.

Жертва сексуального насилия испытывает комплекс сильнейших переживаний: чувство вины, стыда, безысходности, невозможности контролировать и оценивать события, страх из-за того, что «все узнают», брезгливое отношение к собственному телу.

В зависимости от того, кто явился насильником (незнакомый или знакомый), психологически ситуация воспринимается по-разному. Если насильником был незнакомый человек, то жертва в большей степени склонна видеть причину происшедшего во внешних обстоятельствах (позднее время

суток, безлюдный участок дороги и т. д.). Если виновник – знакомый, то причину человек ищет внутри себя (характер и пр.). Стрессовая реакция после изнасилования знакомым человеком является менее острой, но длится дольше. Желательно, чтобы помощь оказывал человек иного пола, чем насильник, в противном случае из-за эффекта «переноса» жертве насилия может быть трудно пойти на контакт с консультантом.

Если пострадавшая обращается за помощью непосредственно после совершенного сексуального нападения, ей рекомендуют обратиться в правоохранительные органы по телефону или лично, для чего ее снабжают соответствующей информацией. Следует убедить пострадавшую в необходимости дать показания следственным органам и как можно быстрее пройти медицинское обследование. Стоит упомянуть, что пройти медицинскую экспертизу желательно в течение первых суток, пока имеются определенные доказательства изнасилования (для чего не следует мыться или принимать ванну). Давать жертве эту информацию может быть трудно, но целесообразно напомнить, что эти действия могут облегчить оказание ей помощи. Безусловно, этот момент требует от консультанта особой чуткости. Обращаясь к консультанту, а не в правоохранительные органы, жертва имеет для этого свои основания и потому переадресацию воспримет как отвержение. Юридическая информация может быть усвоена лишь на фоне установленного доверия и базовой консультативной проработки переживаний.

Существующие в настоящее время кризисные центры помощи пострадавшим от насилия имеют обученных профессионалов, которые осуществляют координацию по оказанию жертве насилия медицинской, юридической, социальной и психологической помощи.

Первичное собеседование с жертвой насилия целесообразно выстраивать в следующей последовательности:

- *Установление эмпатического контакта.*

Консультант представляется клиенту, рассказывает о своей роли и той помощи, которую он может оказать. Учитывая кризисное состояние клиента, его чувства вины, стыда, беспомощности и другие, особенно важны искренность, уважение, сопереживание и в то же время спокойствие консультанта. Последнее является опорой и ресурсом для клиента в состоянии шока и потрясения.

- *Рассказ клиента о случившемся, помощь в осознании и выражении чувств, возникших в связи с насилием.*

Консультант признает тяжесть происшедшего. Побуждает клиента рассказать о том, что с ним произошло. В консультировании жертвы изнасилования ни в коем случае не следует расследовать подробности обстоятельств, связанных с психической травмой. Принципиальной позицией психолога является недопустимость уточнять детали акта насилия, что клиентом может восприниматься как психологическое насилие по отношению к нему со стороны консультанта. Основной акцент в уточняющих вопросах делается на чувствах клиента, возникающих в связи с насилием. Таким образом, клиент получает возможность осознать и, самое главное, выразить, «отреагировать» переполняющие его негативные переживания. Накопившиеся переживания и эмоциональное напряжение ищут выхода, чему способствует активное слушание.

Спектр возможных эмоциональных реакций жертвы по А.Н. Моховикову [40]:

- 1) страх, который может приводить к развитию фобий (страх вновь подвергнуться избиениям, насилию или лишиться жизни). Его не следует подавлять, более того, поскольку он основан на реальных обстоятельствах, иногда нужно предпринять действия по обеспечению безопасности. Существует также и страх отвержения близкими людьми. Люди, испытавшие насилие, подвержены депрессии и расстройствам психической деятельности. Характерным для лиц, переживших сексуальное насилие, является боязнь



рассказать об этом даже близким людям, страх того, что произошедшее с ними выйдет наружу. К сожалению, этот страх не является беспочвенным. Многие жертвы испытывают на себе осуждение своих родственников;

2) отрицание серьезности проблемы (или вообще – ее существования). Факт насилия не осознается или представляется нереальным. В беседе следует принять важность потребности клиента в этой психологической защите;

3) потрясение отсутствием или неприемлемостью альтернатив – выхода из ситуации. Сильные эмоциональные переживания приводят к дезорганизации поведения и дезинтеграции личности. Потрясение усиливает необходимость резких изменений в жизни: смены жилища, поиска работы, новой школы и т. п. В этом хаосе целесообразно совместно выбрать наиболее важные приоритеты и, используя сильные стороны личности, составить конкретный и исполнимый план действий;

4) беспомощность, вызванная неудачными попытками сопротивления, столкновением с равнодушием или враждебностью окружения и общества. Ее преодолению способствует осознание того, что ситуация разрешима;

5) гнев возникает немедленно или с отсрочкой и может быть направлен на любого человека, и стоит помочь клиенту выразить его до конца, как бы это ни было болезненно и мучительно;

6) чувство вины за прежние заблуждения, неправильное поведение или уход от значимых отношений. Вину бессмысленно отрицать – важнее то, что она указывает на те явления, которые зависят от клиента, а потому могут быть изменены при его желании;

7) недоверие возникает в силу того, что консультант относится к числу посторонних, от которых продолжает исходить опасность. Поскольку недоверие является в какой-то мере реалистичным, нелишне выслушать и принять выражение недовольства и разочарования клиента;

8) депрессия, проявляющаяся в чувстве малой значимости и

неспособности к действиям, часто поддерживаемая окружением, преодолевается путем принятия своих чувств, приобретения самоконтроля и активного участия в жизни;

9) амбивалентность чувств, обусловленная противоречивостью социальной и сексуальной ролей, как у клиентки, так и у значимых лиц из окружения, а также необходимостью принимать решения об изменении стереотипов жизни. Немаловажно после признания права собеседника на двойственность эмоций дать ему возможность их открытого проявления.

- *Прояснение, что ответственность за насилие лежит только на насильнике.*

Предметом обсуждения часто становятся идеи самообвинения, основанные на заблуждении, что насильнику не было оказано должного сопротивления. Следует убедить жертву, что она действовала правильно, соответственно сложившимся обстоятельствам, и лучшим доказательством тому является тот факт, что она осталась жива.

- *Резюме рассказа клиента.*

Так как жертва сексуального насилия находится в состоянии стресса, после этапа «вентиляции» негативных переживаний рекомендуется обобщить, суммировать основные содержательные моменты первой части беседы. И только затем переходить к этапу составления плана первоочередных шагов по решению проблемы, связанной с насилием.

- *Формулирование актуальной проблемы.*

С помощью вопросов «Что в настоящее время беспокоит вас больше всего?», «Что для вас сейчас является самым важным?», «Что вызывает наибольшие опасения?» консультант проясняет основную актуальную проблему клиента. Это могут быть проблемы личной безопасности, здоровья, страх возможной беременности и другие.

- *Составление плана действий по решению актуальной проблемы, вызванной насилием.*

Данный план действий составляется совместно клиентом и консультантом. Консультант как специалист помогает наметить первоочередные шаги, связанные с необходимостью медицинского обследования, обращения в полицию, может предлагать возможные решения проблемы. Но после подробного совместного обсуждения возможных шагов решения проблемы консультант подчеркивает, что именно клиент выбирает те, которые сочтет нужным. Таким образом, у клиента укрепляется чувство контроля над жизнью.

- *Формирование доступа клиента к своим ресурсам.*

Этот этап консультирования закономерен для оказания психологической помощи в любой кризисной ситуации. В состоянии потрясения и шока для пострадавшего, как правило, в первую очередь необходим внешний ресурс в виде психологической поддержки и помощи самого консультанта, персонала кризисного центра, друзей и близких. Целесообразно, посоветовавшись с клиентом, вызвать кого-либо из близких людей для сопровождения клиента в различные инстанции и домой. На первых порах человеку такая поддержка необходима.

По завершению беседы делается обобщение, резюме по содержанию всей консультации. И клиент, и консультант отмечают самое существенное, важное из того, что происходило в процессе взаимодействия. Консультант благодарит клиента за искренность, доверие, выразившееся в возможности говорить на такие интимные, болезненные темы. Консультант предлагает свою дальнейшую помощь, если она требуется клиенту. Снабжает клиента информацией о телефонах экстренной службы доверия и различных кризисных центров.

В дальнейшем, когда состояние пострадавших от физического и сексуального насилия нормализуется, кризисная терапия от острой фазы кризисной работы переходит к фазам коррекции и реабилитации. Тогда в процессе психологического консультирования решаются следующие задачи:

1. Определение основных проблем, связанных с насилием.
2. Формирование доступа клиента к своим ресурсам.
3. Восстановление чувства безопасности и самоконтроля.
4. Выявление и укрепление сильных сторон личности клиента.
5. Обеспечение, возможно, более полного и безусловного принятия себя.
6. Содействие повышению самооценки клиента.
7. Определение оптимальной для личности меры ее ответственности за происходящее.
8. Гармонизация социальных связей и отношений личности.
9. Содействие обеспечению интеграции, целостности личности.

При индивидуальном консультировании пострадавших от насилия используются самые разнообразные методы: гештальт-терапия, арт-терапия, телесно-ориентированная терапия, МАК-сессии и др.

Использование техник, методов и приемов из различных психологических концепций, подходов и направлений подразумевает под собой интегративный подход. «С учетом того, что это комплексный и многогранный подход, интегративная психология имеет широкие возможности для применения» [52].

Использование следующих методов в процессе занятий с пострадавшими от сексуального насилия позволяет корректно, эффективно и порой незаметно для участников решать множественные задачи. Так, например, в ходе арт-терапии решаемыми задачами будут: «отреагирование» подавленных чувств: страха, вины, стыда, беспомощности, гнева, ярости и других; гармонизация личности; восстановление целостности; восстановление самоуважения. В ходе телесно-ориентированной терапии: разрядка заблокированной энергии; восстановление телесных границ; гармонизация внутреннего мира личности; нормализация сексуального взаимодействия; восстановление возможности телесного общения с

близкими людьми; восстановление целостности и т.д.

Как показывает анализ, цели, задачи и результаты различных методов терапии во многом совпадают, все они могут рассматриваться как действенное средство терапии травмы сексуального насилия.

Таким образом, индивидуальное консультирование и использование интегративного подхода будет эффективным средством психологической помощи молодым девушкам, пережившим сексуальное насилие, поскольку в ходе работы учитываются особенности личности клиенток и, исходя из этого, подбираются конкретные методы работы.

## Выводы по Главе 1

Теоретический анализ научной литературы по проблеме исследования позволяет нам сделать следующие выводы:

1. Сексуальное насилие оказывает большое влияние на физическое и психическое здоровье. Кроме того, что оно причиняет физическую травму, оно повышает риск получить ряд сексуальных и репродуктивных проблем, причем последствия для здоровья могут возникать как непосредственно после совершения акта, так и много лет спустя. Его психическое влияние может быть таким же серьезным, как и физическое и оно тоже может длиться долго. Наиболее частым последствием сексуального насилия является развитие травматического синдрома сексуального насилия.

2. Травматический синдром изнасилования является особенным случаем посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), когда жертва насилия страдает из-за симптомов, вызванных пережитым сексуальным насилием.

3. Синдром травмы изнасилования является формой посттравматического стрессового расстройства, которое развивается у пострадавших от сексуального насилия. Он включает в себя физические, эмоциональные, когнитивные и поведенческие реакции, развившиеся вследствие столкновения с угрожающим жизни событием.

4. На проживание у молодых девушек травмы сексуального насилия влияют различные факторы, такие как личные качества, наличие поддержки, решение никому не рассказывать о происшедшем, обращение за помощью к специалисту, наличие других проблем в жизни жертвы.

5. С учетом изученной современной литературы по психологии и психотерапии нам удалось выделить специфические отличительные черты и преимущества данного вида индивидуальной работы по сравнению с другими формами психологического воздействия и объяснить наш выбор в рамках формирующего эксперимента именно в пользу индивидуального

консультирования для проработки травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие. Индивидуальное консультирование будет эффективным средством психологической помощи девушкам, пережившим сексуального насилия, поскольку будет базироваться на уникальности каждого индивидуального случая.

6. Индивидуальное консультирование результативно для проработки травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие, поскольку насилие глубоко травмирует человека: разрушается самоуважение и способность контролировать свою жизнь, теряется доверие к людям, возникают эмоциональные нарушения. Женщинам, пережившим насилие, необходимо раскрыть все детали происшедшего, чтобы все подробности не мучили и не вызывали стыда и тайного отвращения к себе. Консультант в данном случае должен осуществить необходимую поддержку и помочь преодолеть чувство изолированности и потерянности.

7. В рамках формирующего эксперимента мы остановили свой выбор на интегративном подходе, так как мы сможем выбрать методы и приемы, наиболее подходящие конкретной клиентке с учетом её состояния, личностных особенностей, жизненных событий, поставленных терапевтических задач.

## **Глава 2. Разработка и реализации программы индивидуального консультирования, направленного на проработку травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие**

### **2.1. Методическая организация исследования и результаты констатирующего эксперимента**

На основании анализа теоретических представлений о травматическом синдроме вследствие пережитого сексуального насилия нами был спланирован констатирующий срез, целью которым было определение степени выраженности травматического синдрома у молодых девушек.

В исследовании приняли 3 девушки в возрасте от 21 до 27 лет, проживающие в г. Красноярске и пгт. Раздолинске Красноярского края.

Анализ научной литературы позволил выделить критерии и уровни проявления травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие, представленные в Таблице 1.

Говоря о психологическом портрете человека с высоким уровнем проявления травматического синдрома, для него характерны тревожно-депрессивные проявления, диссоциация и растерянность, отсутствие желания вспоминать и говорить о произошедшей ситуации насилия. В эмоциональной сфере может присутствовать агрессивность, навязчивые мысли, связанные с ситуацией насилия и проживание её в настоящем времени. Также характерны чувство уязвимости, отвращение к себе и своему телу и т.д. Частый интенсивный страх, проявляющийся в желании бежать или вызывающий реакцию оцепенения. Соматические проявления могут быть выражены в виде пищевых расстройств, проблемами с либидо, головных болях, болях в конечностях, проблемами с сердечно-сосудистой системой и т.д.



Таблица 1. – Критерии и уровни проявления выраженности травматического синдрома

Критерии	Уровни			Методики
	Высокий	Средний	Низкий	
Когнитивный	Диссоциация, состояние растерянности, тревожно-депрессивное настроение. Нежелание вспоминать, а также говорить о ситуациях, которые прямо или косвенно связаны с травмирующим событием, или напоминают о нем.	Воспоминание о событии остаётся травматичным и пугающим. Тревожно-депрессивные симптомы могут сохраняться.	Значительное уменьшение тревожности и депрессивных симптомов. Воспоминания о событии становятся значительно менее травмирующими и больше не вызывают интенсивного страха, они интегрируются в жизненный опыт индивида и воспринимаются как часть прошлого.	Шкала депрессии А. Бека, Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС)
Эмоциональный	Раздражительность, гневливость, повторное переживание травматического события в настоящем времени в виде ярких навязчивых воспоминаний, сопровождающихся страхом или ужасом, флешбэками или ночными кошмарами. Стыд и отвращение к самой себе, состояние психологической уязвимости. Отвращение к некоторым частям тела, к которым прикасался агрессор, они воспринимаются как «загрязнённые». В этом случае иногда клиентка может испытывать навязчивое желание постоянно мыться.	Воспоминание продолжает вызывать сильные негативные эмоции, как если бы событие случилось совсем недавно.	Значительное уменьшение гнева или стыда по поводу случившегося.	Шкала депрессии А. Бека, Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС)

Поведенчески й	Состояние субъективного ощущения сохраняющейся угрозы в виде гипернастороженности или усиленных реакций испуга. Интенсивный страх, вызывающий желание бежать или реакцию оцепенения.	Сохранение стойких фобий, недоверие к миру и неверие в свои силы, склонность к социальной изоляции или, напротив, к зависимости от других людей.	Доверие к миру и людям возвращается, уверенность в себе, оптимизм и прилив энергии, способность строить проекты на будущее, интерес к прежним увлечениям, работе, межличностным отношениям.	Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС)
Соматически й	Головные боли и чувство слабости, тошнота, хронические болевые ощущения в области сердца, головокружение, чувство тяжести в конечностях, онемение в различных частях тела, «ком в горле», затруднение дыхания.	Клиентка может довольно значительный период времени не иметь соматических проявлений, но они могут проявиться под воздействием самого незначительного фактора, чем-то напоминающего первоначальную травму.	Практически или совсем не проявляются.	Шкала депрессии А. Бека, интервью

Средний уровень может проявляться в следующем – могут сохраняться тревожно-депрессивные проявления, воспоминания о пережитом насилии остаются и продолжают вызывать сильные эмоции. В поведенческой сфере сохраняются страхи, возможна социальная изоляция или проявление сильной зависимости от людей. Соматические проявления значительное время могут быть не выражены и проявиться вследствие напоминания о произошедшей ситуации насилия.

Для низкого уровня проявления травматического синдрома характерны значительное снижение тревожности и депрессивности после произошедшего, воспоминания не вызывают страха и воспринимаются как часть прошлого. В эмоциональной сфере практически отсутствуют негативные эмоции, такие как стыд, отвращение, гнев и т.д. В поведенческой сфере возвращается уверенность в себе, способность строить планы на будущее, интерес к прошлым хобби, общению с друзьями. Соматические проявления выражены слабо или отсутствуют.

Для проведения констатирующего эксперимента были подобраны следующие методики:

**1. Шкала депрессии Бека.** (Beck's Depression Inventory, BDI) была разработана в 1961 году А.Т. Беком и его коллегами на основе опросника Бека.

Данный опросник является одним из первых, который отличается высокой релевантностью и специфичностью, созданный для использования в клинической практике с целью диагностики и оценки уровня депрессивных расстройств. Несмотря на дату разработки, шкала депрессии Бека не устарела и широко применяется в психиатрической и психотерапевтической практике даже сегодня. Русскоязычная версия шкалы депрессии Э. Бека распространена в адаптации Н.В. Тарабриной.

Тест на депрессию «шкала Бека» содержит несколько пунктов, который оцениваются от 0 до 3 баллов, показатели суммируются, в результате получают суммарный балл от 0 и выше. По количеству баллов определяется

степень тяжести депрессивного состояния.

Шкала депрессии Бека, пройти доврачебное исследование можно в интернете, выявляет наиболее значимые симптомы психического расстройства. При прохождении теста будут заданы вопросы, ответы на которые помогут оценить состояние психики.

Тестирование покажет состояние больного по шкале депрессии Бека в настоящее время и неделю назад, по шкале когнитивно-аффективных проявлений, шкале соматических проявлений.

Опросник Бека для оценки депрессии содержит 21 категорию различных симптомов и наиболее частых жалоб пациентов. Каждая из категорий содержит 4 вопроса, определяющих оттенки состояния больного.

Шкала Бека имеет также две субшкалы:

- Пункты 1-13 – когнитивно-аффективная субшкала (С-А)
- Пункты 14-21 – субшкала соматических проявлений депрессии (S-P)

Вопросы, содержащие оттенки настроения пациента, помогают установить степень тяжести депрессии. Согласно оттенкам настроения, в вопросах ставится балл, например:

- Я не испытываю печали – 0.
- Я печален и подавлен – 1.
- Я страдаю от подавленности и тоски – 2.
- Я несчастен и не могу переносить свое состояние – 3.

Опросник депрессии Бека позволяет получить сумму баллов, которую врач интерпретирует следующим образом:

- От 0 до 13 – норма
- От 14 до 19 – легкое депрессивное состояние.
- От 20 до 28 – умеренное депрессивное состояние.
- От 29 до 63 – тяжелая депрессия.

## **2. Шкала оценки влияния травматического события (ШОВТС) –**

клиническая тестовая методика, направленная на выявление симптомов

посттравматического стрессового расстройства и оценку степени их выраженности.

Шкала состоит из 22 пунктов, которые распределяются в три шкалы: «вторжение», «избегание» и «возбудимость». Каждый пункт оценивается как «никогда» (0 баллов), «редко» (1 балл), «иногда» (3 балла) или «часто» (5 баллов).

Обработка полученных данных ШОВТС проводится по ключу:

- субшкала «вторжение» (IN): суммируются баллы пунктов 1, 2, 3, 6, 9, 16, 20; позволяет выявлять у испытуемого ночные кошмары, навязчивые мысли, связанные с травмирующим событием.

- субшкала «избегание» (AV): суммируются баллы пунктов 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22; позволяет выявлять у испытуемого симптомы избегания, включающие попытки смягчения или избегания переживаний, связанных с воздействием кризисного события.

- субшкала «физиологическое возбуждение» (AR): суммируются баллы пунктов 4, 10, 14, 15, 18, 19, 21; позволяет выявлять у испытуемого злость и раздражительность, гипертрофированную реакцию испуга, психофизиологическое возбуждение, обусловленное воспоминаниями о событии, бессонницу.

Все пункты имеют прямое значение.

Опросник предназначен для изучения наличия, степени выраженности и симптоматической структуры посттравматического стрессового расстройства. Шкала зарекомендовала себя как надежный, валидный инструмент, прошедший кросс-культурную апробацию. Шкала может быть включена в батарею психодиагностических методик для работы с лицами, у которых имеется или подозревается ПТСР.

**3. Интервью** – это вид опроса, использующий непосредственное психологическое взаимодействие между исследователем и респондентом в соответствии с поставленной целью.

Нами был разработан ряд вопросов для полустандартизированного интервью (Прил. А), касающихся соматических проявлений травматического синдрома, которые не были затронуты в вышеуказанных опросниках. Девушкам помимо основных вопросов при необходимости прояснения некоторых моментов были заданы уточняющие.

Обратимся к рассмотрению результатов констатирующего этапа. Результаты исследования уровня депрессивного состояния по шкале Бека у женщин в возрасте 21-27 лет представлены на рисунке 1.

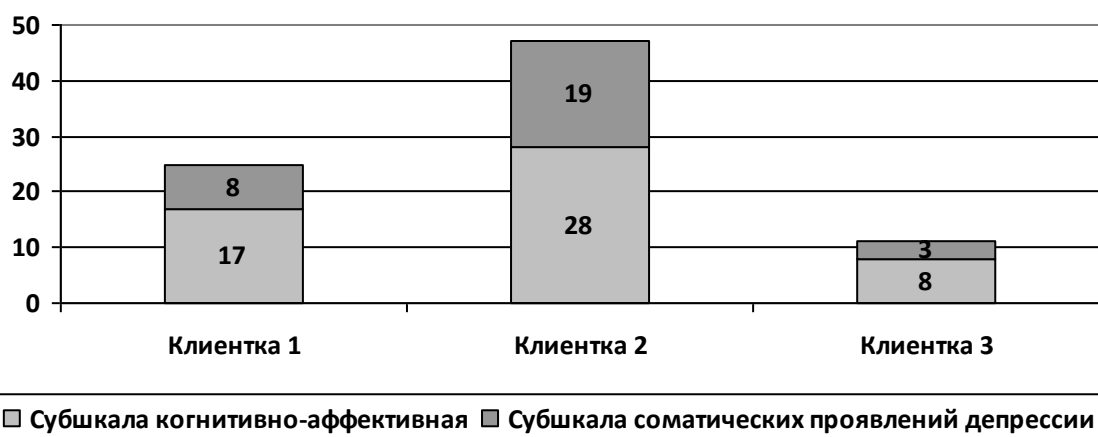


Рис. 1. – Показатели уровня депрессивного состояния у девушек 21-27 лет, переживших сексуальное насилие (в баллах)

Также исследование по шкале Бека позволило определить индивидуальный характер выраженности отдельных симптомов (рис.2).

Анализ данных показывает, что нормативные показатели выявлены у одной из девушек (Клиентка 3) (11 баллов). Она достаточно позитивно относится к себе, у неё отсутствует чувство отчаяния. Суицидальные настроения также отсутствуют. В умеренной степени проявляется чувство вины за произошедшее, раздражительность. В легкой степени представлены соматические проявления такие как нарушение сна, озабоченность своим физическим состоянием и снижением либидо.

Умеренное депрессивное состояние также выявлено только у одной из девушек (Клиентка 1) (25 баллов). В умеренной степени выражены склонность к слезливости, суицидальные мысли, самообвинение, отвращение к себе. Также девушка отметила нарушение социальных связей. Из соматических проявлений стоит отметить повышенную утомляемость и снижение либидо.

У последней испытуемой (Клиентка 2) (47 баллов) выявлена выраженная тяжелая депрессия. В ходе исследования было выявлено ярко выраженные упаднические настроения, отвращение к самой себе, идеи самообвинения, склонность к плаксивости.

Из соматических проявлений – неконтролируемый набор веса, заикленность на физических симптомах, проблемы с либидо.

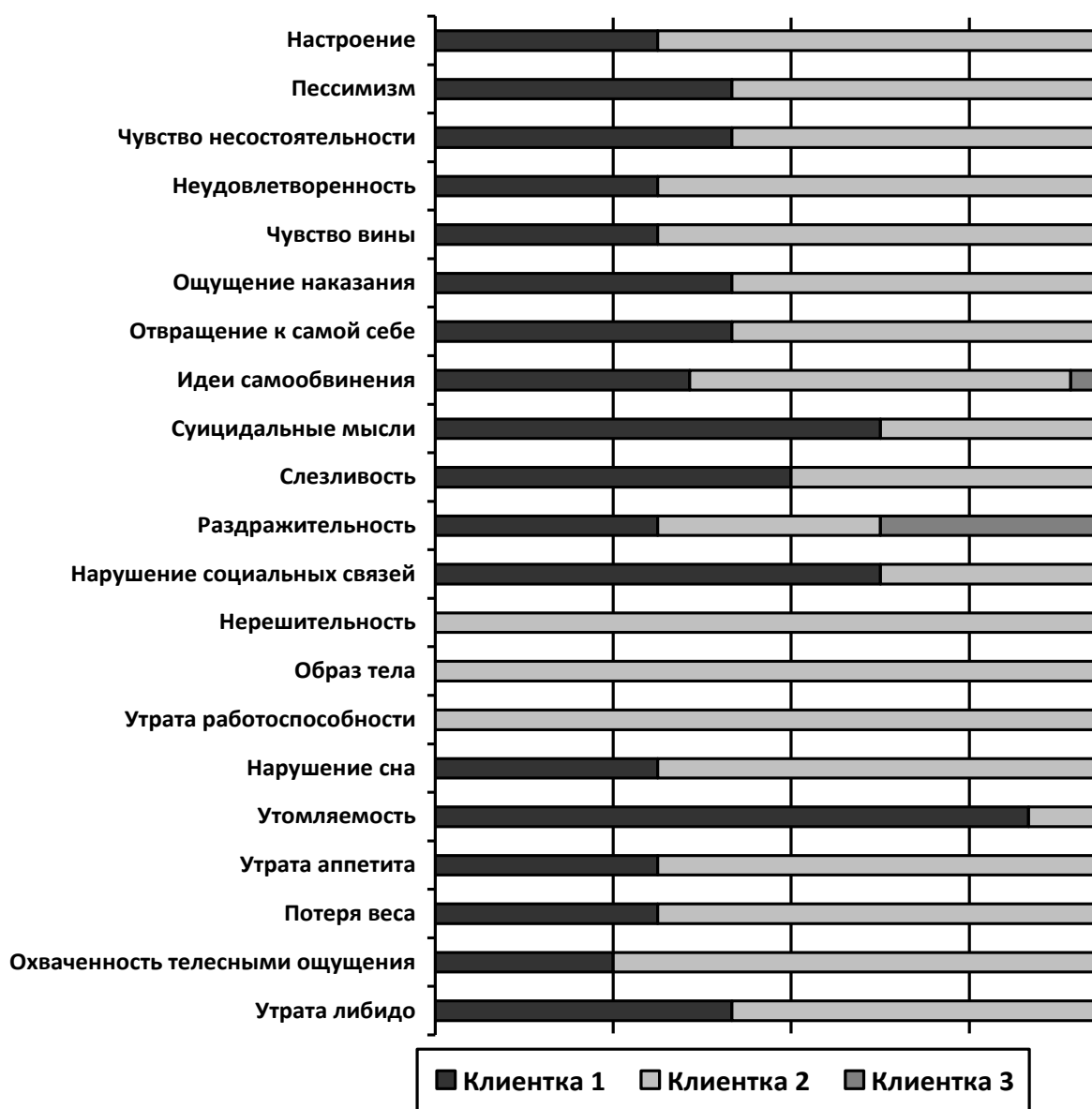


Рис. 2. – Индивидуальный характер выраженности отдельных симптомов депрессивного состояния

Впоследствии клиентке 2 было предложено пройти исследование «Шкала безнадежности» А. Бека для людей с депрессией. Данная шкала служит косвенным индикатором суицидального риска. На основе полученных результатов девушке было рекомендовано обратиться к психотерапевту.

Результаты исследования влияния травматического события, выявление симптомов посттравматического стрессового расстройства и



оценка степени их выраженности у девушек в возрасте 21-27 лет, переживших сексуальное насилие представлены на рисунке 3.

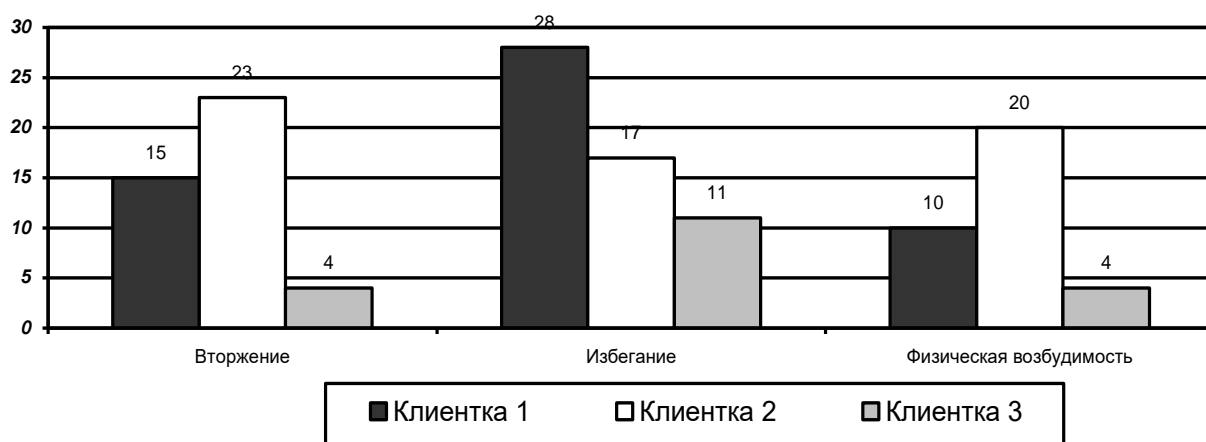


Рис. 3. – Влияние симптомов посттравматического расстройства и оценка степени их выраженности у девушек в возрасте 21-27 лет, переживших сексуальное насилие по ШОВТС

Анализ данных показывает, что у клиентки 1 были выявлены симптомы избегания, включающие попытки смягчения или избегания переживаний, связанных с воздействием кризисного события.

По результатам анализа у клиентки 2 выявлено присутствие ночных кошмаров, навязчивых мыслей, связанных с травмирующим событием. Также можно сказать о том, что у испытуемой присутствует злость и раздражительность, гипертрофированную реакцию испуга, психофизиологическое возбуждение, обусловленное воспоминаниями о событии.

Низкий уровень выраженности симптомов травматического события можно характеризовать у клиентки 3. Присутствуют симптомы избегания такие как попытки вытеснить из памяти случившиеся события, мысли о нереальности произошедшего и о том, что испытуемая ничего не сделала для того, чтобы избежать тех событий.

По результатам интервью, можно отметить то, что у клиентки 1

средний уровень соматических проявлений, которые выражены периодическими головными болями, чувством слабости и внезапными ощущениями «кома в горле», если девушка сталкивается с воспоминаниями о произошедшей ситуации насилия.

Высокий уровень можно отметить у клиентки 2, поскольку девушка ответила на все вопросы утвердительно, отметив частые импульсивные переживания (после ситуации насилия девушка очень сильно набрала вес), внезапные затруднения дыхания и частые панические атаки, проявляющиеся обычно в ночное время.

Клиентка 3 продемонстрировала низкий уровень соматических проявлений. Девушка отметила только нечастые головные боли и периодическое чувство слабости, которые она никак не связывает с произошедшей ситуацией насилия.



Рис. 4. – Уровень проявления травматического синдрома у молодых девушек в возрасте 21-27 лет, переживших сексуальное насилие до формирующего эксперимента, распределение в %

Таким образом, по результатам констатирующего эксперимента были получены данные (рисунок 4), показывающие, что у одной из трех испытуемых (клиентка 2) высокий уровень проявления выраженности

травматического синдрома в ходе пережитого сексуального насилия, девушка также нуждается в поддержке психолога и психотерапевта. У второй испытуемой (клиентка 1) можно выявить средний уровень влияния травматического синдрома. В умеренной степени выражены соматические проявления вследствие пережитого сексуального насилия, выражены симптомы избегания.

Последняя испытуемая (Клиентка 3) продемонстрировала низкий уровень влияния травматического синдрома. При этом у девушки присутствуют симптомы избегания.

Подводя итог можно отметить, что для клиентки 2, имеющей высокий уровень проявления травматического синдрома, характерны ярко выраженная депрессивность и тревожность, упаднические настроения, отвращение к самой себе, идеи самообвинения, склонность к плаксивости, навязчивые мысли, связанные с ситуацией насилия. Множественные соматические проявления – пищевое расстройство, проблемы с либидо, панические атаки и т.д.

Для клиентки 1, имеющей средний уровень, можно отметить следующие проявления – умеренная депрессивность и тревожность, сохраненные страхи, касающиеся ситуации насилия, нарушения в социальной сфере. Умеренно выражены соматические проявления – периодические нарушения сна, снижение либидо и т.д.

У клиентки 3, имеющей низкий уровень проявления симптомов травматического синдрома, практически отсутствуют соматические проявления и негативные эмоции по отношению к себе. Но стоит отметить, что присутствуют идеи самообвинения и желание игнорировать воспоминания о произошедшей ситуации насилия.

Таким образом, в результате анализа мы выделили основные мишени консультативной работы. Так, с клиенткой 1 главными направлениями работы стала проработка поведенческих проявлений (девушка отметила

нарушение социальных связей), соматических проявлений, а также симптомы избегания (попытка смягчения переживаний, связанных с ситуацией насилия).

С клиенткой 2 необходимо было проработать тяжелые депрессивные и тревожные проявления, уделить внимание работе с телом и сексуальностью, поскольку девушка отметила проблемы с либидо.

У клиентки 3 был отмечен низкий уровень проявления травматического синдрома, при этом присутствуют симптомы избегания, проявляющиеся в желании забыть произошедшую ситуацию, игнорируя травмирующие воспоминания, а также идеи самообвинения.

## **2.2. Организация и проведение формирующего эксперимента**

Для проведения формирующего эксперимента с каждой из трех девушек была проведена схема индивидуального психологического консультирования. В процессе индивидуального консультирования возможно проводить работу с девушками в оптимальном для них темпе, учитывать их личностные особенности и уникальность каждой из них.

Целью формирующего эксперимента стала проработка травматического синдрома, возникшего вследствие перенесенного сексуального насилия.

Основные задачи:

1. Определение основных проблем, связанных с насилием.
2. Формирование доступа клиента к своим ресурсам.
3. Восстановление чувства безопасности и самоконтроля.
4. Выявление и укрепление сильных сторон личности клиента.
5. Обеспечение, возможно, более полного и безусловного принятия себя.
6. Содействие повышению самооценки клиента.

7. Определение оптимальной для личности меры ее ответственности за происходящее.

8. Гармонизация социальных связей и отношений личности.

9. Содействие обеспечению интеграции, целостности личности.

Индивидуальное консультирование проводилось в рамках интегративного подхода, что предполагает использование техник и приемов из различных психологических направлений. На наш взгляд, это может обеспечить эффективность консультирования.

В рамках схемы индивидуального психологического консультирования использовались:

- классические техники психологического консультирования;
- арт-терапевтические техники;
- техники гештальт-подхода;
- техники телесно-ориентированной терапии;
- МАК-сессии.

Индивидуальное консультирование проходило по следующему алгоритму:

1. Установление контакта, поиск взаимопонимания.
2. Сбор информации, выделение конкретной проблемы для обсуждения. Помощь в осознании и выражении чувств, возникших в связи с пережитым насилием. Прояснение, что ответственность лежит только на насильнике.
3. Резюме рассказа клиента. Формулирование актуальной проблемы.
4. Совместная выработка возможных решений проблемы. Поиск потенциальных возможностей и внутренних ресурсов, которые могут быть полезны в разрешении проблемы.
5. Составление плана действий для реализации клиенткой.

Каждая консультация предполагала использование классических

техник психологического консультирования: слушание, открытые вопросы, перефразирование, интерпретация, обобщение и др.

Поскольку уровень влияния травматического синдрома, полученного вследствие пережитого сексуального насилия у всех девушек, отличался, количество консультаций варьировалось.

Ниже представлена общая схема индивидуального психологического консультирования по проработке травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие. Схема включает в себя 5 основных консультаций (Таблица 2). Количество консультаций может быть увеличено при необходимости.

Таблица 2. Тематический план схемы индивидуального консультирования

Тема	Цель	Краткое содержание
«Реконсолидация памяти о травмирующем событии»	Создать атмосферу доверия и открытости. В ходе диагностической работы необходимо выявить болезненные чувства и область переживаний клиентки для дальнейшей успешной работы. Определить наиболее болезненное чувство.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Консультативная беседа</li> <li>• Упражнения «Квадратное дыхание», «Забалтывание контроля»</li> <li>• Рефлексия встречи</li> </ul>
«Работа с переживаниями»	Обсудить возникшие чувства. В ходе обсуждения начинается освобождение от травматического опыта. Отметить появляющиеся в процессе работы новые переживания, которые следует проработать в дальнейшем.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Консультативная беседа</li> <li>• Упражнения «Визуализация внутренних образов», «Горячий стул», «Рисование собственного гнева»</li> <li>• Работа с МАК (Колода «Снова цветущая»)</li> <li>• Рефлексия встречи</li> </ul>

## Окончание Таблицы 2

«Работа с телом»	Повысить положительные эмоции по отношению к собственному телу, проработать негативные установки, связанные с телом.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Консультативная беседа</li> <li>• Упражнения «Заземление», «Благодарности своему телу»</li> <li>• Рефлексия встречи</li> </ul>
«Работа с сексуальной сферой»	Обсудить сексуальное поведение, сформировавшееся после пережитого сексуального насилия. Это может быть: избегание сексуальных действий и отказ от выражения своей сексуальности, либо напротив, проявление повышенной сексуальной активности вследствие того, что секс утратил своё значение и т.п.. Выявить и проработать сексуальные симптомы, негативно влияющие на сексуальность.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Консультативная беседа</li> <li>• Упражнения «Билль о сексуальных правах», «Здоровые сексуальные установки», «Контракт сексуального доверия»</li> <li>• Рефлексия встречи</li> </ul>
«Итоги»	Развить рефлексия, осознание полученного опыта, осознание своих ресурсов.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Консультативная беседа</li> <li>• Упражнения «Ресурсное место»</li> <li>• Работа с МАК (Колода «Снова цветущая»)</li> <li>• Рефлексия встречи</li> </ul>

Ниже представлены несколько случаев из индивидуальных консультаций.

### **Случай 1. Девушка, 21 год.**

На первой консультации девушка была спокойна, расположена к диалогу, имела желание работать. В результате беседы мы пришли к тому, что клиентке сложно строить новые отношения, поскольку очень большое количество факторов вызывают триггеры о ситуации насилия. Девушке предложено было составить два списка – первый список ситуаций, вызывающих негативные реакции и триггеры, второй список – ситуации в отношениях, которые приносят удовольствие и не вызывают дискомфорта. В качестве решения проблемы, на консультации нами была выбрана стратегия замещать пункты из первого списка пунктами второго.

На последующих встречах, посвященных работе с переживаниями клиентке, было предложено упражнение «Визуализация внутренних образов». Но поскольку девушке было сложно представить образы у себя в голове, мы проводили упражнение с использованием колоды МАК «Снова цветущая», предварительно разделив колоду на условно негативные карты и ресурсные. Как итог упражнения клиентке было предложено выбрать текстовую карту, в которой девушка смогла найти дополнительный внутренний ресурс.

На следующей встрече, посвященной работе с телом были выполнены упражнения в рамках телесно-ориентированной терапии (техника «Заземление»), что способствовало снятию телесных зажимов, повышению значимости собственного тела. По словам клиентки, она стала реже чувствовать оторванность от своего тела.

На последующих консультациях, посвященных сексуальной сфере, клиентка поделилась тем, что вступила в отношения с молодым человеком и смогла поделиться с ним своей историей, несмотря на свои опасения.

В качестве домашнего задания клиентке было предложено «контракт сексуального доверия» вместе с молодым человеком.

Пример клиентки из домашнего задания: «Мы никогда не обязаны



делать те сексуальные действия, которых мы не хотим», «Мы остановимся и прервем сексуальный контакт по просьбе любого из нас».

## **Случай 2. Девушка, 27 лет.**

На первой сессии девушка очень нервничала, сообщила о том, что до этого не работала с психологами, после случившегося ограничилась только посещением врачей. Исходя из этого, было принято решение использовать методы и приемы, позволяющие снизить эмоциональное напряжение. Была проведена техника «Квадратное дыхание», что позволило снизить напряженность и дискомфорт для начала проведения консультативной беседы. Во время проведения сессии клиентке было предложено упражнение «Забалтывание контроля», чтобы помочь девушке высвободить чувства, ослабить рациональный компонент в чувственной сфере.

Также в ходе консультативной беседы выяснилось, что девушка не может принять своё тело после случившихся событий, испытывает ненависть к себе. На это также повлиял набор веса из-за гормонального сбоя вследствие пережитого сексуального насилия в старшем подростковом возрасте со стороны первого молодого человека. Для проработки чувства ненависти, а впоследствии принятия своего тела, применялись телесно-ориентированные техники, например, техника «Благодарности своему телу».

На следующих консультациях, посвященных работе с внутренними переживаниями, клиентке была предложена техника «Визуализация внутренних образов». В ходе выполнения упражнения у девушки получилось сформировать сильный визуальный образ травмы и слабый образ внутреннего ресурса. Ослабление образа травмы происходило в процессе исследования этого образа, одновременно с этим уделялось внимание образу внутреннего ресурса. В данном случае образом травмы для клиентки стала «огромная лужа черной бурлящей маслянистой жижи», внутренним ресурсом «дождь, солнечный свет и радуга», которые помогли её смыть. Для усиления

образа внутреннего ресурса был использован метод слияния, где консультант сыграл роль образа ресурса для того, чтобы помочь клиентке «напрямую общаться» со своим внутренним ресурсом.

На следующей консультации, посвященной работе с сексуальной сферой клиентка поделилась тем, что после пережитых случаев сексуального насилия девушка считала виноватой в случившемся себя.

Клиентка: «После всего случившегося я вообще считала, что не заслуживаю нормальной жизни».

Консультант: «Вы винили в случившемся себя?»

Клиентка: «Да. И был такой момент после случившегося... Дело в том, что у меня всегда было очень высокое либидо. После первой ситуации с первым молодым человеком, после него у меня были отношения, были парни, у меня не было нормальных представлений об отношениях между мужчиной и женщиной. Мне казалось, что если парень чего-то хочет, то его желание – закон. Это нормально и неважно, чего хочет женщина. У меня было такое представление об отношениях. Потом впоследствии у меня появились более-менее нормальные отношения. И я была всё время в поиске какого-то уважительного отношения, чтобы ко мне относились с нежностью. У меня никогда не было такого, чтобы человек относился ко мне с пониманием. И, в общем, это всё усугубило, и у меня возникла мысль уйти в проституцию или эскорт. Меня, наверное, на тот момент от ухода туда спасло то, что у меня был рядом мой друг и он мне каждый день говорил, что «ты нормальная, с тобой всё хорошо». Он просто знал меня ещё до случившегося».

В ходе сессии клиентке было предложено упражнение «Здоровые сексуальные установки», в ходе которого девушке было нужно привести пример здоровых сексуальных установок в противовес установкам, которые смешивают секс и насилие.

Консультант: «Секс основан на использовании другого человека».

Клиентка: «Секс основан на уважении другого человека».

В качестве домашнего задания девушке было предложено создать свой собственный «Билль о сексуальных правах», где каждый пункт должен был начинаться с фразы «У меня есть право...».

Один из пунктов «билля» клиентки: «У меня есть право на партнера, который уважает меня, понимает меня и хочет обсуждать со мною вопросы секса».

На последней консультации клиентке была предложена работа с МАК-колодой «Снова цветущая», рекомендованная для работы с травмой сексуальности. Работа с данной колодой помогла девушке найти ресурсы для дальнейшей работы, выбрать новый путь для гармонизации происходящего.

После прошедшей серии консультаций клиентка в ходе обратной связи поделилась тем, что осталась довольна участием в психологическом консультировании и хотела бы продолжать работу, особенно в направлении принятия своего тела.

### **Случай 3. Девушка, 24 года.**

Первые консультации проводились по той же схеме, что и с остальными клиентками. Использовались техники на создание мотивации для участия в консультировании. Изначально у девушки не было запроса, клиентка была уверена, что произошедшее сексуальное насилие не оставило отпечаток на её жизни. В ходе консультативной беседы девушка избегала слова «изнасилование», считала виноватой в произошедшем себя, потому что не смогла сказать «нет» и т.д.

Консультант: «Ты помнишь, что произошло дальше?»

Клиентка: «В итоге я не ушла. У нас что-то произошло».

Консультант: «Под словом «чем-то» ты имеешь в виду изнасилование?»

Клиентка: «Да».

\*\*\*

Клиентка: «Я очень во многом виню себя, я никогда никому не рассказывала эту историю, потому что мне тяжело было вообще осознать, насколько это вяжется с какой-то темой насилия или что это такое, потому что, по сути, я не могу сказать, что я когда-то прямо четко сказала «нет»».

\*\*\*

Клиентка: «Честно, мне до сих пор сложно сказать, было это насилие или нет, у меня в голове четкого ответа нет. <...> На тот момент просто никто вообще не говорил, что если тебе что-то не нравится, то ты можешь просто встать и уйти, можешь сказать «нет», у тебя есть на это право несмотря на то, что человек старше тебя, выше по должности и, как бы образно говоря, может распоряжаться и твоей жизнью в рамках этой системы, в которой вы существуете».

Также в ходе сессии выяснилось, что девушка до сих пор оправдывает своего обидчика, поэтому на последующих консультациях ей была предложена техника «Горячий стул» для того, чтобы клиентка смогла снять с себя ответственность за произошедшее и поговорить с человеком, совершившим над ней насилие. Также была проведена упражнение арт-терапии «Рисование собственного гнева», в ходе которого клиентка смогла высказать все негативные эмоции по поводу произошедшей ситуации и по поводу своего обидчика. После всех проведенных упражнений обязательно проводилась рефлексивная беседа. Девушка отмечала то, что ей стало легче не только в психологическом плане, но и физическом.

На завершающих консультациях клиентке была предложена арт-техника на поиск внутренней опоры и ресурса «Ресурсное место». Получившийся рисунок, как источник ресурса, клиентка сможет использовать в дальнейшем.

Таким образом, в ходе формирующего этапа эксперимента были созданы условия для проработки травматического синдрома, полученного

вследствие пережитого сексуального насилия у девушек. Схема индивидуального психологического консультирования предполагала проведение консультативной беседы с использованием различных техник и приемов, позволяющих добиться снижения уровня влияния травматического синдрома.

### 2.3. Результаты формирующего эксперимента и их обсуждение

Далее была проведена вторичная диагностика, сравнение результатов первого и второго среза экспериментальной группы.

После проведения консультаций анализ данных показывает снижение уровня влияния травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие по шкале А. Бека (Рисунок 5). Девушкам было предложено оценить их ощущения за последнюю неделю и сегодняшний день.

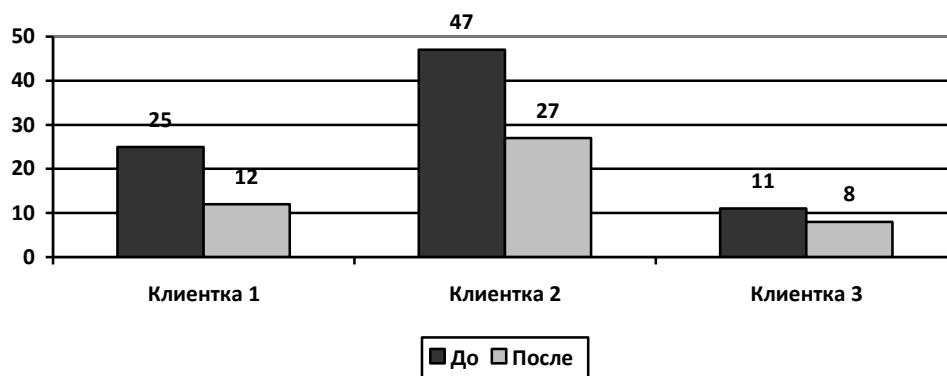


Рис. 5. – Показатели уровня депрессивного состояния у девушек, переживших сексуальное насилие до и после психологического консультирования (в баллах)

Уровень депрессивного состояния клиентки 1 изменился с умеренного до легкого, девушка отметила повышение удовлетворенности жизнью,

пропали такие пункты как отвращение к себе, идеи самообвинения, суицидальные мысли и раздражительность. Из соматических проявлений клиентка отметила улучшение сна, снижение утомляемости, нормализацию сна и повышение либидо. Вместе с этим появились незначительные ухудшения в плане повышения тревожности, нерешительности и изменение восприятия собственной внешности.

Умеренный уровень депрессивного состояния сменил тяжелое депрессивное состояние клиентки 2. По когнитивно-аффективной субшкале (пункты 1-13) девушка отметила улучшения практически по всем пунктам – улучшился общий настрой, снизился уровень тревожности, пропало чувство вины и разочарования собой, снизился уровень плаксивости и исчезли суицидальные мысли и раздражительность. Но при этом девушка отметила, что ей тяжелее стало принимать решения. Что касается субшкалы соматических проявлений депрессии (14-21 пункты), клиентка отметила изменения восприятия своей внешности и изменения отношения к сексуальной жизни в позитивном ключе, а также улучшение качества сна. Также стоит отметить то, что параллельно с консультативными беседами девушка проходила лечение у врача-психотерапевта.

У клиентки 3 также можно проследить незначительные положительные изменения – исчезло чувство вины, отвращение к самой себе и идеи самообвинения. Пропала раздражительность. Также нормализовался сон, изменилось восприятие собственной внешности в позитивную сторону. Из ухудшений девушка отметила появление тревожности, незначительное ухудшение настроения, повышение утомляемости.

Повторные результаты по ШОВТС (шкала оценки влияния травматического события) у девушек также можно рассматривать в позитивном русле. Клиенткам было предложено оценить их состояние за последнюю неделю и сегодняшний день (рисунок 6).

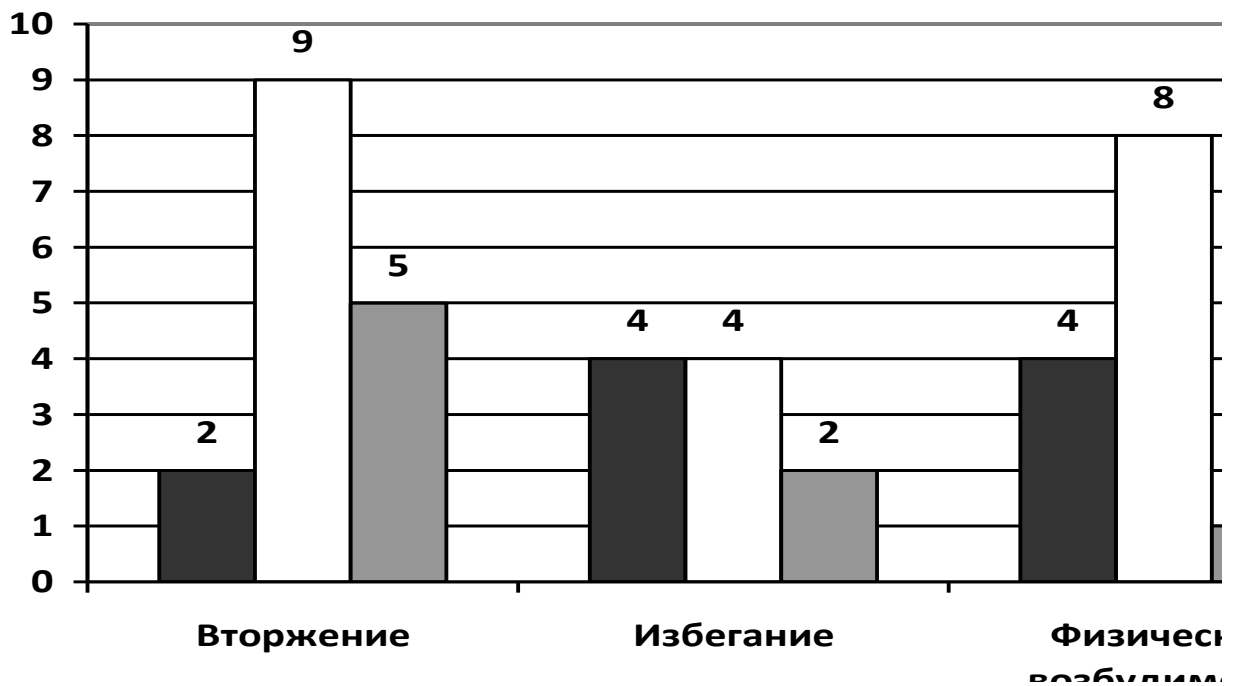


Рис. 6. – Влияние симптомов посттравматического расстройства и оценка степени их выраженности у девушек, переживших сексуальное насилие после психологического консультирования

Анализ результатов показал, что после реализации схемы психологического консультирования влияние симптомов посттравматического расстройства и степень их выраженности была значительно снижена.

Так, у клиентки 1 можно отметить снижение влияния симптомов избегания, включающие попытки смягчения или избегания переживаний, связанных с воздействием кризисного события.

Клиентка 2 отметила прекращение ночных кошмаров, навязчивых мыслей, связанных с травмирующим событием. Также можно сказать о том, что испытуемая отметила отсутствие злости и раздражительности.

Низкий уровень выраженности симптомов травматического события можно характеризовать у клиентки 3. Снизился уровень влияния симптомов

избегания таких как попытки вытеснить из памяти случившиеся события, мысли о нереальности произошедшего и о том, что испытываемая ничего не сделала для того, чтобы избежать тех событий.

Уровень влияния травматического синдрома снизился на одну ступень у Клиентки 1 и Клиентки 2, у Клиентки 3 также отмечен низкий уровень (рис.7.).

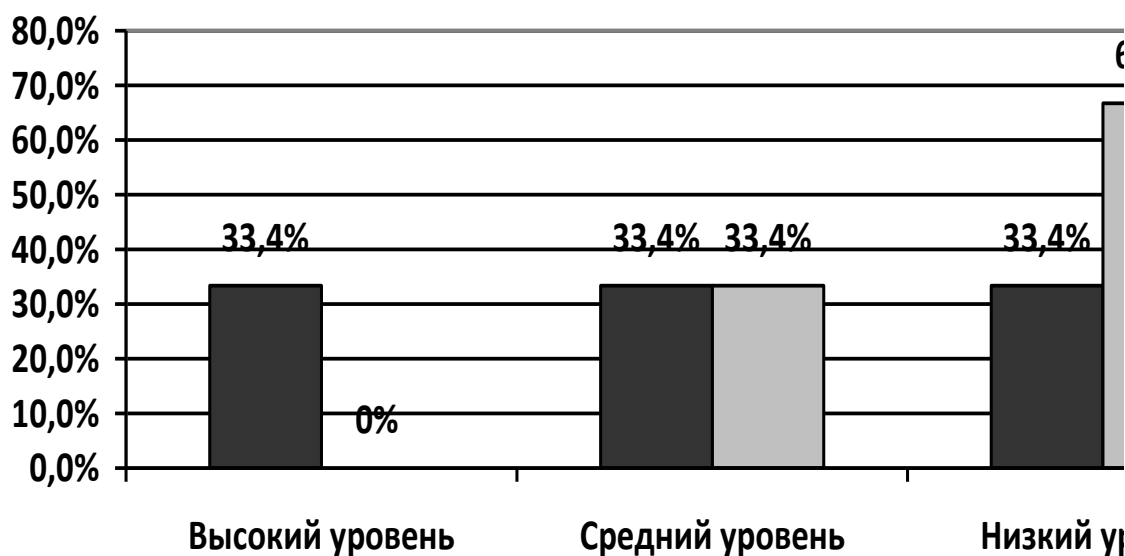


Рис. 7. – Уровень проявления травматического синдрома у молодых девушек в возрасте 21-27 лет, переживших сексуальное насилие до и после формирующего эксперимента, распределение в %

Таким образом, в работе с Клиенткой 1 наиболее эффективным упражнением стала техника «Заземление», которую мы использовали на консультации, посвященной работе с телом. Данное упражнение способствовало снятию телесных зажимов, повышению значимости собственного тела. По словам клиентки, она стала реже чувствовать оторванность от своего тела.

С Клиенткой 2 в ходе консультации, посвященной работе с внутренними переживаниями, была предложена техника «Визуализация внутренних образов», которая оказалась наиболее результативной. В ходе



выполнения упражнения у девушки получилось сформировать сильный визуальный ресурс. Ослабление образа травмы происходило в процессе исследования этого образа.

На консультациях, посвященных сексуальной сфере с клиенткой 2 в качестве домашнего задания, было предложено упражнение «Билль о сексуальных правах», где каждый пункт должен был начинаться с фразы «У меня есть право...». По словам девушки, это упражнение помогло ей выработать здоровые сексуальные установки.

С клиенткой 3 в ходе работы выяснилось, что девушка до сих пор оправдывает своего обидчика, поэтому нами была выбрана техника «Горячий стул» для того, чтобы клиентка смогла снять с себя ответственность за произошедшее и поговорить с человеком, совершившим над ней насилие. После этого мы выполнили арт-терапевтическое упражнение «Рисование собственного гнева», в ходе которого клиентка смогла высказать все негативные эмоции по поводу произошедшей ситуации и по поводу своего обидчика. После всех проведенных упражнений обязательно проводилась рефлексивная беседа. Девушка отмечала то, что ей стало легче не только в психологическом плане, но и физическом.

Для статистической обработки данных мы использовали графическое представление биномиального критерия (см. Приложение Д).

По расчетам критерия эмпирическая частота встречаемости признака совпадает с теоретической, что доказывает эффективность нашей работы. Расчет биномиального критерия показал, что различия в уровнях проявления травматического синдрома до и после формирующего эксперимента достоверны. Уровень значимости  $p=0,05$ .

Итак, полученные результаты подтверждают, что после проведения схемы индивидуального консультирования у женщин экспериментальной группы снизились показатели уровня депрессивного состояния, влияние симптомов посттравматического расстройства и степень их выраженности.

Следовательно, реализованная схема индивидуального психологического консультирования оказалась эффективной. Гипотеза исследования подтвердилась.

## Выводы по Главе 2

Проведенное нами экспериментальное исследование показало, что:

1. Во второй главе нами были приведены критерии и уровни проявления травматического синдрома – когнитивный, эмоциональный, поведенческий и соматические проявления. Далее нами было проведено констатирующее исследование по выявлению уровня влияния травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие. В нем участвовали 3 девушки в возрасте от 21 до 27 лет.

2. По итогам было выявлено, что по результатам констатирующего эксперимента были получены данные, показывающие, что у одной из трех испытуемых (клиентка 2) высокий уровень проявления выраженности травматического синдрома в ходе пережитого сексуального насилия, девушка также нуждается в поддержке психолога и психотерапевта. В данном случае у девушки наблюдались ярко выраженная депрессивность и тревожность, упаднические настроения, отвращение к самой себе, идеи самообвинения, склонность к плаксивости, навязчивые мысли, связанные с ситуацией насилия. Множественные соматические проявления – пищевое расстройство, проблемы с либидо, панические атаки и т.д.

У второй испытуемой (клиентка 1), имеющей средний уровень, можно было отметить следующие проявления – умеренная депрессивность и тревожность, сохраненные страхи, касающиеся ситуации насилия, нарушения в социальной сфере. Умеренно выражены соматические проявления – периодические нарушения сна, снижение либидо и т.д.

Последняя испытуемая (Клиентка 3) продемонстрировала низкий уровень влияния травматического синдрома. У девушки практически отсутствовали соматические проявления и негативные эмоции по отношению к себе. Но стоит отметить, что присутствовали идеи самообвинения и желание игнорировать воспоминания о произошедшей ситуации насилия.

3. Нами была разработана и реализована схема индивидуального психологического консультирования, направленная на проработку травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие. Индивидуальное консультирование проводилось в рамках интегративного подхода, что предполагает использование техник и приемов из различных психологических направлений (классические техники психологического консультирования; арт-терапевтические техники; техники гештальт-подхода; техники телесно-ориентированной терапии; МАК-сессии).

4. В результате повторного исследования было установлено, что у женщин экспериментальной группы наблюдается положительная динамика. Значительно снизились показатели уровня депрессивного состояния, влияние симптомов посттравматического расстройства и степень их выраженности.

5. Реализованная программа консультирования молодых девушек, переживших сексуальное насилие отражается позитивным образом. Клиентка 2 ранее имеющая высокий уровень проявления симптомов травматического синдрома, а также клиентка 1 со средним уровнем смогли снизить уровень на одну ступень ниже. В третьем случае (клиентка 3) у девушки также остался низкий уровень, но при этом снизились показатели избегания.

6. Расчет биномиального критерия показал, что существующие различия в уровнях влияния травматического синдрома до и после эксперимента являются статистически значимыми при  $p=0,05$ .

7. Опираясь на полученные результаты, можно заключить, что внедренная программа консультирования молодых девушек, переживших сексуального насилия, способствует снижению уровня влияния травматического синдрома, что подтверждает выдвинутую нами гипотезу исследования.

## Заключение

Сексуальное насилие существует во всем мире, оказывая большое влияние на физическое и психическое здоровье. Кроме того, что оно причиняет физическую травму, оно повышает риск получить ряд сексуальных и репродуктивных проблем, причем последствия для здоровья могут возникать как непосредственно после совершения акта, так и много лет спустя.

В данной диссертационной работе была описана специфика индивидуального консультирования как средство психологической помощи в проработке травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие.

На первом этапе данного исследования мы провели изучение и анализ научной литературы по теме исследования; уточнили тему, задачи и гипотезу исследования. На основе анализа научной литературы по проблеме исследования, мы описали теоретические основы понимания травматического синдрома сексуального насилия, рассмотрели особенности проживания сексуального насилия молодыми девушками; привели особенности индивидуального консультирования молодых девушек, переживших сексуальное насилие. Нами был сформирован категориальный аппарат исследования, описали критерии исследования.

На втором этапе мы описали методическую организацию исследования, провели констатирующий эксперимент, в ходе которого был выявлен уровень проявления травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие. Были приведены организация и проведение формирующего эксперимента.

На третьем этапе исследования, по окончании реализации программы индивидуального консультирования, был проведен повторный диагностический срез, где повторно был исследован уровень проявления травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное

насилие.

В результате повторного исследования было установлено, что у девушек экспериментальной группы наблюдается положительная динамика. У девушек отмечено снижение уровня влияния травматического синдрома, полученного вследствие пережитого сексуального насилия. В частности, у них значительно снизились показатели уровня депрессивного состояния, влияние симптомов посттравматического расстройства и степень их выраженности. Был проведен анализ и обобщение результатов исследования; сформулированы выводы исследования.

Следовательно, реализованная схема оказалась эффективной. Гипотеза исследования подтвердилась. Цель работы достигнута, задачи выполнены.

Анализ работы позволяет определить её теоретическую и практическую значимость:

Теоретическое значение исследования состоит в том, что результаты, полученные автором в ходе исследования, станут основой для более углубленного изучения возможностей индивидуального консультирования как средство помощи в проработке травматического синдрома у молодых девушек, переживших сексуальное насилие.

Практическое значение исследования состоит в разработке программы индивидуальных консультаций для работы с молодыми девушками, направленная на проработку травматического синдрома, полученного вследствие пережитого сексуального насилия. Разработанная нами программа легко подстраивается под разные задачи, поэтому может быть использована в работе практикующими психологами. Данная программа может быть модифицирована под особенности той или иной группы участников.

## Список использованных источников

1. Антонян Ю.М. Быть жертвой. Природа сексуального насилия. – М.: Алгоритм, 2017. – 401 с.
2. Антонян Ю.М. Криминальная сексология. – М.: Юнити-Дана, 2011. – 439 с.
3. Антонян Ю.М. Сексуальные преступления. – М.: Амальтея, 1993. – 347 с.
4. Балабанов С. С., Саралиева З. Х. Сексуальные домогательства на работе в России // Вестник Нижегородского университета им. Н. И. Лобачевского. Серия: Социальные науки. 2010. №1. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/seksualnye-domogatelstva-na-rabote-v-rossii> (дата обращения: 11.09.2022).
5. Бутаева М. А. Гендерные стереотипы и насилие против женщин // Научные проблемы гуманитарных исследований. – 2010. – №. 9. – С. 179-186.
6. Бычков В.В. Виктимологическая составляющая сексуального насилия // Виктимология преступности // Виктимология, 2017. – С.22-28 [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/viktimologicheskaya-sostavlyayuschaya-seksualnogo-nasilija/viewer> (Дата обращения: 15.11.2021)
7. Ван дер Харт О., Нейенхэус Э. Р. С., Стил К. Призраки прошлого: структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы. – М.: Когито-Центр, 2013. – 496 с.
8. Ванжула С. И. Последствия сексуального насилия над женщинами // Государственное и муниципальное право: теория. – 2017. – 218 с.
9. Вартанян Ф. Е., Шаховский К. П. Насилие над женщинами // Психическое здоровье. – 2009. – Т. 7. – №. 2. – С. 52-56.
10. Виноградов П. Н., Федоров А. Н. Интегративный подход как

психологическое основание исследования социоприродного взаимодействия. Психология человека в образовании, т. 1, № 3, с. 276–283.

11. Гиршевич В.С. Актуальность проблем профилактики сексуального насилия // Вестник науки. 2023. №6 (63). [Электронный ресурс].

– URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnost-problem-profilaktiki-seksualnogo-nasiliya> (дата обращения: 13.05.2023).

12. Гурулёва М. В. Социально-психологические особенности сексуального насилия над женщиной //Редакционная коллегия. – 2017. – С. 961.

13. Гурулёва М. В., Синьковская И. Г. Сексуальное насилие над женщиной как социальная проблема //Актуальные проблемы современного социального знания. – 2017. – С. 180-183.

14. Долговых М. П. Психодинамика девочек и женщин, подвергшихся сексуальному насилию // МНКО. 2008. №3. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihodinamika-devochek-zhenschin-podvergshih-sya-seksualnomu-nasiliyu> (дата обращения: 13.12.2021).

15. Жигалева Ю.Е. Сексуальное насилие в условиях конфликтов: проблема виктимизации женщин // Juvenis scientia. 2017. №4. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/seksualnoe-nasilie-v-usloviyah-konfliktov-problema-viktimizatsii-zhenschin> (дата обращения: 11.03.2023).

16. Здравомыслова Е. Сексуальное насилие: реконструкция женского опыта эссе // В поисках сексуальности. Сборник статей. – 2002. – С. 316-338.

17. Ильин И.П. Насилие как психологический феномен. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/nasilie-kak-psihologicheskii-fenomen> (Дата обращения: 29.03.2022)

18. Казанцева А. С. Насилие над женщинами в россии: проблемы и пути решения //Гендерные аспекты социогуманитарного знания-II. – 2013. – С. 103-108.

19. Карпова Е.Р. Личностный профиль девушек, подвергшихся



сексуальному насилию [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lichnostnyy-profil-devushek-podvergshih-sya-seksualnomu-nasiliyu> (Дата обращения: 21.10.2021)

20. Карпова Е.Р. Личностный профиль девушек, подвергшихся сексуальному насилию // FORCIPE. 2019. № Приложение. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/lichnostnyy-profil-devushek-podvergshih-sya-seksualnomu-nasiliyu> (дата обращения: 11.05.2023).

21. Келлог Н.Д. Сексуальное насилие // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2015. №6 (65). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/seksualnoe-nasilie> (дата обращения: 13.09.2022).

22. Клячкова О. А. Психологические особенности виктимной личности // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. 2008. №58. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-viktimnoy-lichnosti> (дата обращения: 14.04.2023).

23. Ковалевская А.Г. Сексуальное насилие. Основные фазы проживания. [Электронный ресурс] – URL: [Сексуальное насилие. Основные фазы проживания. \(b17.ru\)](http://b17.ru)

24. Козлов В. В., Новиков В. В. Интегративный подход в психологической практике // Ярославский педагогический вестник. – 2012. – Т. 2. – №. 1. – С. 226-231.

25. Козлова Н.В. Исследование и коррекция восприятия «образа телесного я» у женщин методами интегративной психологии // Человеческий фактор: Социальный психолог. 2022. № 1(43). С. 104-115.

26. Козырева А. Проблема насилия над женщинами в современной России // Российская наука и образование сегодня: проблемы и перспективы. – 2015. – №. 4. – С. 38-45.

27. Копытина А.И. Арт-терапия женских проблем. – М.: Когито-Центр, 2010. – 270 с.

28. Кравцова О.А. Сексуальное насилие как психологическая травма:

дисс. ... канд. псих. наук. – Москва, 2000. – 193 с.

29. Леви Т.С. Отношение к телу в структуре самоотношения // 95 Психология телесности: теоретические и практические исследования. 2008. № 1. С. 11-19

30. Людвиг А.М. Измененные состояния сознания. (ред. Ч. Тарт). – М.: ЭКСМО, 2003. – С. 14-37. (Оригинальное английское издание: 1969.)

31. Магомед-Эминов М. Ш. Психология уцелевшего // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2005. №3. [Электронный ресурс] – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologiya-utselevshego> (дата обращения: 30.10.2022).

32. Магомед-Эминов М. Ш. Феномен посттравматического роста // Вестник ТГУ. 2009. №3. [Электронный ресурс] – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/fenomen-posttravmaticheskogo-rosta> (дата обращения: 30.10.2022).

33. Магомед-Эминов М.Ш. Понятие психотравмотерапии // Вызовы эпохи в аспекте психологической и психотерапевтической науки: материалы конференции. – Казань, 2004. – С. 28-31.

34. Мазаненко О. М. Психологические особенности женщин-жертв супружеского насилия // APRIORI. Серия: Гуманитарные науки. 2014. №6. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-zhenschin-zhertv-supruzheskogo-nasiliya> (дата обращения: 13.05.2023).

35. Малкина-Пых И.Г. Виктимология. Психология поведения жертвы. – М.: Эксмо, 2010. – 862 с.

36. Малкина-Пых И.Г. Психология поведения жертвы. Справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2006. – 1006 с.

37. Малкина-Пых И.Г. Телесная терапия: справочник практического психолога. – М.: Эксмо, 2005. – 750 с.

38. Морозова С.А. Со мной так нельзя! Каким бывает насилие и как

его распознать. – М.: Феникс, 2021. – 221 с.

39. Морозова С.А. Я не боюсь говорить о сексуальном насилии. – М.: Никая, 2018. – 160 с.

40. Моховиков А. Н. Телефонное консультирование. – М.: Смысл, 2001.

41. Моя оборона. Сексуальное насилие: мифы и факты. – М.: Эксмо, 2017. – 428 с.

42. Насилие в отношении женщин. [Электронный ресурс] – URL: [Насилие в отношении женщин \(who.int\)](http://who.int)

43. Невярович Н.Е. Процессуальная психотерапия женщин-жертв сексуального насилия: дисс. ... канд.псих.наук. – СПб, 2004. – 186 с.

44. Парыгина Н.А. Женщина – жертва насилия (социологический портрет) // Власть и управление на Востоке России. 2009. №1. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zhenschina-zhertva-nasiliya-sotsiologicheskiiy-portret> (дата обращения: 21.03.2023).

45. Подольская О.Б., Круглова Ю.Д. Социальная работа с жертвами насилия в России и за рубежом // Евразийский Союз Ученых. 2015. №4-13 (13). [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnaya-rabota-s-zhertvami-nasiliya-v-rossii-i-za-rubezhom> (дата обращения: 12.01.2023).

46. Пономарева И. М. Работа психолога в кризисных службах: учебное пособие. – СПб.: СПбГИПСР, 2014. – 197 с.

47. Ребер А. Большой толковый психологический словарь / Артур Ребер; [Пер. с англ. Е.Ю. Чеботарева]. – М.: АСТ, 2000. – 591 с.

48. Риги Я. Женщины и сексуальные стратегии: позор и насилие // Вестник Евразии. 2005. №1. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zhenschiny-i-seksualnye-strategii-pozor-i-nasilie> (дата обращения: 10.10.2022).

49. Ростовская Т.К., Безвербная Н.А. Теоретические подходы к

изучению гендерного насилия // В сб.: Национальные демографические приоритеты: новые подходы, тенденции. [Демография. Социология. Экономика]. - Под редакцией Рязанцева С.В., Ростовской Т.К., Москва, 2019. С. 306-311.

50. Семерикова А.А. Криминологический анализ жертвы сексуального насилия // Юридические исследования, 2018. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kriminologicheskiy-analiz-zhertvy-seksualnogo-nasiliya/viewer> (Дата обращения: 03.12.2021)

51. Ситников В.Л., Стреленко А.А. Образ тела в сознании виктимных подростков, переживших сексуальное насилие. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obraz-tela-v-soznanii-viktimnyh-podrostkov-perezvivshih-seksualnoe-nasilie> (Дата обращения: 29.03.2022)

52. Сорокина-Чеченева П.К. Интегративный подход в психотерапии. [Электронный ресурс]. – URL: [Интегративный подход в психотерапии \(b17.ru\)](https://b17.ru) (Дата обращения: 30.10.2023)

53. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 219 с.

54. Тарабрина Н. В. Психология посттравматического стресса: интегративный подход //СПб.: РГПУ. – 2008.

55. Ушакова В.Д. Сексуальное насилие в браке: миф или реальность? [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/seksualnoe-nasilie-v-brake-mif-ili-realnost> (Дата обращения: 21.10.2021)

56. Хугар Б.С. Исследование случаев предполагаемого сексуального насилия // Судебная медицина. 2023. №2. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-sluchaev-predpolagaemogo-seksualnogo-nasiliya> (дата обращения: 01.09.2023).

57. Шаповалова Н. А. Сексуальные расстройства у женщин как отдаленные последствия изнасилования //Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2023. – №. 1 (16). – С. 120-125.

58. Шереметьев К. Сломанный цветок. Как восстановиться после сексуального насилия. – М.: ЛитРес, 2019. [Электронный ресурс]. – URL: <https://mybook.ru/author/konstantin-sheremetev-3/slomannyj-cvetok-kak-vostranovitsya-posle-seksualn/> (Дата обращения: 20.10.2021)

59. Шигашов Д.Ю. Изучение эффективности применения интегративной терапии детей и подростков, пострадавших от сексуального насилия // КПО. 2016. №3 (7). [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/izuchenie-effektivnosti-primeneniya-integrativnoy-terapii-detey-i-podrostkov-postradavshih-ot-seksualnogo-nasiliya> (дата обращения: 01.11.2023).

60. Шувалова Т. Г. К вопросу о понятии изнасилования // Вестник Московского университета МВД России. 2009. №5. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-ponyatii-iznasilovaniya> (дата обращения: 03.09.2022).

61. Шукшина Л. В. Основные виды насилия в семье над женщинами //Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2013. – №. 11-2. – С. 299-301.

62. Bachman R., Saltsman L.E. Violence against women: Estimates from the redesigned survey. 1996.

63. Bandura A. Aggression: A Social Learning Process. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1973.

64. Braun B.G. The BASK model of dissociation// Dissociation. – 1988. – V.1, p. 4-23

65. Brownmiller S. Against Our Will. Men, Women and Rape. - New York: Simon & Schuster, 1975.

66. Burgess A.W, Holmstrom L.L. Rape Trauma Syndrom [Электронный ресурс]. – URL: [Rape Trauma Syndrome | American Journal of Psychiatry \(psychiatryonline.org\)](https://www.psychiatryonline.org/doi/10.1176/ajp.145.11.1373)

67. Deutch H. The Psychology of Women. Vol. 1: «Girlhood». New

York: Bantam Books, 1944.

68. Ellis L. Theories of Rape. – New York: Hemisphere Publishing Corporation, 1989

69. Kilpatrick D. G., Veronen L.C., Best C.L. "Factors Predicting Psychological Distress Among Rape Victims" in C. P. Figley (Ed.) "Trauma and Its Wake". NY: Brunner/ Mazel Publishers, 1985.

70. Ludwig A.M. The psychological functions of dissociation// American Journal of Clinical Hypnosis. – 1983. – V.26. – p.93-99.

# Приложения

**Интервью для диагностики соматических проявлений**

Бывают ли у Вас... и как часто? Как проявляются?

1. ...головные боли?
2. ...чувство слабости?
3. ...импульсивные переживания?
4. ...полное отсутствие аппетита?
5. ... внезапные ощущения «кома в горле»?
6. ...внезапное затруднение дыхания?
7. ...панические атаки?
8. ...болевые ощущения в области груди/сердца?
9. ...чувства тяжести в конечностях?
10. ...чувство онемения в конечностях?



## Приложение Б

### Результаты диагностики до проведения схемы психологического консультирования

Таблица 1. – Таблица результатов исследования по шкале А. Бека у девушек экспериментальной группы

№	Когнитивно-аффективная субшкала (результаты в баллах)	Субшкала соматических проявлений (результаты в баллах)
Клиентка 1	17	8
Клиентка 2	28	19
Клиентка 3	8	3

Таблица 2. – Таблица результатов исследования по ШОВТС у девушек экспериментальной группы

№	Вторжение	Избегание	Физическая возбудимость
Клиентка 1	15	28	10
Клиентка 2	23	17	20
Клиентка 3	4	11	4

Таблица 3. – Сводная таблица по критериям и уровням до формирующего эксперимента

№	Когнитивный	Эмоциональный	Поведенческий	Соматические проявления
Клиентка 1	Средний	Низкий	Средний	Средний
Клиентка 2	Высокий	Средний	Высокий	Высокий
Клиентка 3	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий

**Протокол проведенной консультации №1**

**Дата:** 27.05.2023

**Клиентка:** Алёна, 21 год.

**Запрос:** Попытка изнасилования клиентки произошла 3,5 года назад. После случившегося девушка проходила медикаментозное лечение в стационаре ПНД (врач-психиатр диагностировал эндогенную депрессию), к психологу не обращалась. Сейчас девушке сложно заводить отношения, также её преследуют навязчивые тревожные мысли о повторении ситуации насилия.

**Семейное положение:** свободна

Этап	Диалог	Примечания, комментарии
I 5 минут	<p>Консультант (К.): Добрый день, Алёна, проходите, присаживайтесь.</p> <p>Клиент: Здравствуйте.</p> <p>К.: Как Вам будет комфортно, чтобы я к Вам обращалась?</p> <p>Клиентка: По имени и на «ты».</p> <p>К.: Отлично. Тебе будет удобно обращаться ко мне так же?</p> <p>Клиентка: Да, вполне.</p> <p>К.: Хорошо. Ты готова поделиться своей историей и рассказать о том, что тебя беспокоит?</p> <p>Клиентка: Да, готова.</p>	<p>Установление контакта, поиск взаимопонимания.</p> <p>Клиентка пришла на консультацию абсолютно спокойной.</p> <p>Первое впечатление о клиентке – открыта для общения и сотрудничества.</p>
II 50 минут	<p>К.: Давай попробуем восстановить всю хронологию событий. Как только тебе станет некомфортно или больно о чем-то вспоминать</p>	<p>Сбор информации.</p> <p>Клиентка говорит в</p>

	<p>или говорить, то мы сразу остановимся.</p> <p>Клиентка: Хорошо, я готова.</p> <p>К.: С чего всё началось?</p> <p>Клиентка: Это произошло уже после того, как мы с моим бывшим человеком расстались. Через 2 недели примерно. Мы получается поругались очень сильно, разошлись. До этого, в принципе, много ситуаций было, когда мы типа расставались на какое-то время, а потом сходились снова. Но тут я сидела, в голове примерно какие-то вещи складывала и вывела для себя четкое «нет», возвращать это никоим образом не нужно. И, в принципе, держалась пока он там мне написывал, названивал, пытался встретиться, поговорить, обсудить, может быть назад всё вернуть. Я держалась две недели, потом сказала, что ладно, давай попробуем ещё раз. Не знаю, почему я это сделала, но вот почему-то так случилось.</p> <p>Мы два дня общались, он пытался свою вину загладить, внимание проявлять а-ля цветочек подарить. Я тогда еще в школе училась – со школы заберет, до дома проводит. И вот, на второй день проводил домой. Ну вот, сидели нормально, потом он начал приставать. У меня настроения не было, но и до этого была такая проблема часто, что когда мне чего-то не хочется, нет настроения, его это не особо волновало. Ну, ничего. А тут я ему говорила несколько раз, много раз, что не надо, я не хочу и его в очередной раз это несильно волновало. Но не знаю, что пошло не так, как обычно...</p> <p>Психологически сильное какое-то давление</p>	<p>спокойном темпе.</p>
--	--	-------------------------

началось, мне стало страшно, неприятно, я начала его отталкивать, говорить «прекрати, не надо» и в итоге это всё прекратилось, когда я начала реветь, убежала в ванную из своей комнаты, сколько-то там посидела, насколько я помню. Потом я вышла, не знаю каким образом я выпроводила его вон и сидела потом дальше в ванной, но сколько я уже не очень хорошо помню этот момент, потому что у меня была паника, я уже не понимала, что делать, что это такое и каким образом мне вообще удалось вытащить его из квартиры, потому что он как бы выше и сильнее. И что я ему говорила тогда я тоже не особо помню.

Он, мне кажется, даже не особо понял, что пошло не так и что произошло, и почему я так взъелась, что мне не понравилось, потому что он потом мне писал типа «Ну прости, я не хотел, ну всё же было нормально». Нет, ненормально. И после этого мы уже всё-таки расстались окончательно, поскольку после этого уже ничего не может быть ну совсем.

К.: Что ты чувствовала в тот момент?

Клиентка: Сначала мне было страшно. И еще можно сказать не то, чтобы стыдно, но да, стыдно. Больше похоже, что мне прямо «стрёмно» от самой себя, что вот это всё произошло, что я не знала, что можно было сделать в этот момент. Ну и что я ничего особо и не смогла остановить... Думаю, надо было сделать вот так и вот так, может быть, этого бы и не случилось, а он прекратил только когда увидел, что я уже начала реветь. И вроде там

<p>уже была кровь, но у меня уже «крыша улетела», я ему сказала, что «мне этого всего не надо, отойди от меня» и убежала. То есть самого контакта не было, он только начал. Собственно, вот и вся история.</p> <p>К.: Сейчас, спустя определенное время, какие чувства ты испытываешь, вспоминая эту ситуацию?</p> <p>Клиентка:</p> <p>К.: Как ты считаешь, как сейчас на твою жизнь влияет та ситуация?</p> <p>Клиентка: Сейчас мне очень сложно строить новые отношения. Не то, чтобы я от них отказалась и приняла обет... У меня есть молодой человек, который за мной ухаживает, и я ему отвечаю, есть взаимная симпатия, но как только я начинаю думать о продолжении, о чем-то более серьезном, то у меня как какой-то зажим срабатывает. Не говоря уже о каких-то интимных отношениях, об этом мне вообще страшно думать.</p> <p>К.: А как именно срабатывает этот «зажим»?</p> <p>Клиентка: Поток тревожных мыслей, что вот сейчас я ему доверюсь и всё повторится. И сразу перед глазами та ситуация. Поэтому были случаи, что я даже с этим парнем лишней не встречалась, лишь бы меня так не триггерил.</p> <p>Причем я головой то понимаю, что всю жизнь в этом коконе сидеть не получится.</p> <p>К.: А ты предпринимала какие-то попытки выйти из этого «кокона»? Что происходило?</p> <p>Клиентка: Да, у меня получалось. И ничего страшного не происходило, я хорошо проводила</p>	<p>Выделение конкретной проблемы для обсуждения</p>
---	---

	<p>время, но где-то внутри я всё равно списывала это на случайность. Что всё обошлось на этот раз, но как будет дальше? Но это так бесит, если честно.</p> <p>К.: Нет чувства, что ты сама себе ставишь ограничения?</p> <p>Клиентка: Конечно есть.</p> <p>К.: А как ты думаешь из-за чего это происходит?</p> <p>Клиентка: Боюсь оступиться. Боюсь, что снова предадут, сделают больно. Боюсь, что снова не смогу дать отпор...</p> <p>К.: Хорошо. Ты говорила, что есть вещи, которые тебя триггерят. Ты можешь составить список таких триггеров? Когда ты, например, пугаешься, испытываешь дискомфорт, нервничаешь? Когда чувствуешь себя оторванной от своего тела? Или может быть есть фразы или поступки, которые кажутся тебе небезопасными?</p> <p>Клиентка: А могу я сделать это письменно?</p> <p>К.: Конечно. Скажи, как будешь готова обсудить.</p> <p style="text-align: center;">&lt;...&gt;</p> <p>К.: Хорошо. А теперь я попрошу тебя составить еще один список, но уже безопасных действий. То есть какие действия на твой взгляд не вызовут у тебя негативной реакции, но будут для тебя приятными, принесут удовольствие. Записывай всё, даже мелочи.</p> <p style="text-align: center;">&lt;...&gt;</p> <p>К.: Посмотри, пожалуйста, на свой безопасный список и скажи, пожалуйста, ты бы смогла</p>	<p>Выполнение задания. Совместная выработка возможных решений проблемы.</p> <p>Составление плана действий для реализации клиенткой.</p>
--	---	---

	<p>больше времени уделять ему, нежели первому списку? Могла бы ты игнорировать негативные установки из первого списка?</p> <p>Клиентка: Я думаю, что да. Сначала это будет сложно, но второй список выглядит гораздо приятнее. Возможно, со временем он сможет вытеснить первый.</p> <p>К.: Как ты думаешь, что может помочь поспособствовать этому?</p> <p>Клиентка: В принципе, как только я почувствую, что происходит что-то из первого списка, я могу переключить внимание на второй и выполнить какой-нибудь пункт оттуда.</p> <p>К.: Можешь привести пример?</p> <p>Клиентка: Вообще я очень тактильная и получаю удовольствие от тех же объятий, поэтому нужно попробовать сконцентрировать своё внимание на получение удовольствия от всяких прикосновений, а не искать в этом дискомфорт.</p> <p>К.: Главное помнить, что контроль над ситуацией у тебя. И если тебе некомфортно, то ты всегда можешь об этом сказать.</p>	
<p>III 5 минут</p>	<p>Клиентка: Спасибо, буду пробовать.</p> <p>К.: Всегда пожалуйста, буду рада видеть тебя на следующей консультации!</p> <p>Клиентка: До встречи!</p>	<p>Уходила в хорошем расположении духа.</p>

## Протокол проведенной консультации №2

**Дата:** 22.05.2023

**Клиентка:** Анна, 27 лет.

**Запрос:** Сексуальное насилие над девушкой было совершено дважды в 16-17 лет и 24 года. Клиентка не может отпустить ситуацию, испытывает постоянные флэш-беки. Продолжительные проблемы со сном, подозревает у себя депрессию, испытывает ненависть к своему телу и не может его принять.

**Семейное положение:** есть молодой человек.

Этап	Диалог	Примечания, комментарии
I 5 минут	Консультант (К.): Добрый день, Анна, проходите, присаживайтесь. Клиент: Добрый день. К.: Как Вам будет комфортно, чтобы я к Вам обращалась? Клиентка: Мне будет удобно по имени. И лучше просто Аня. К.: Хорошо.	Установление контакта, поиск взаимопонимания. Клиентка пришла на консультацию взволнованной, дыхание сбивалось.
II 50 минут		Далее клиентка призналась, что очень волнуется. С девушкой было проведено упражнение «Квадратное дыхание», после чего клиентка смогла расслабиться, и консультативная беседа была продолжена.



<p>К.: Вы готовы поделиться своей историей и рассказать о том, что Вас беспокоит? Сразу скажу о том, что, если Вам станет некомфортно или больно о чем-то говорить, мы можем в любой момент остановиться.</p> <p>Клиентка: Да, я готова. Я тогда поехала... Я еще не работала сама на себя, было много подработок, и я поехала, скажем так, по работе, но как бы и не по работе, в &lt;...&gt; на электричке, нужно было отвезти некоторые бумажки по проекту одному человеку. Я добралась на вокзал, вышла и, естественно, стоят таксисты на станции. У меня телефон разрядился, и я не стала вызывать такси по телефону, через приложение, я тогда решила сесть в таксующую машину. Пошла сняла деньги наличными и решила сесть в машину, они там стояли в ряд, и я села в самую последнюю машину. Она была синего цвета, такая обычная абсолютно легковушка, но на ней стоял знак такси, всё как положено...</p> <p>На лицо водителя я не смотрела, даже особо не опускалась. Я такая «Вы едете? Можете меня подвести?» вот и всё. Окна там были тонированы, то есть непонятно ничего было. Но там часто тонированные окна. Не было машин с какими-нибудь логотипами типа «Яндекс» и так далее. Естественно, номер я тоже не посмотрела этой машины, потому что, ну вот она стояла обычная.</p> <p>Я села на переднее сидение, на задние я потом положила сумки. И я очень удивилась, потому что, когда я повернулась, там сидел уже другой</p>	<p>Сбор информации, активное слушание.</p>
--	--

<p>мужчина. Ехали мы по ощущениям минут 20-30. Я спрашивала в это время через сколько мы доедем, всё это время мы ехали втроём. Сначала мы ехали очень быстро, очень быстро. Ну то есть молниеносно, насколько я помню. Потом мы уже убавили ход, выехали за город и едем по шоссе, тут он замедляет ход, и я понимаю, что машин практически нет. Чтобы вы понимали, просто какая-то тьмутаракань и просто длинное шоссе. Начало темнеть, ну вот был день-вечер. Вот и по факту вот так всё и случилось (<i>тремор рук, нервно улыбается</i>). То есть они притормозили машину. И это случилось в машине.</p> <p>К.: Я вижу, что Вам сложно продолжать, верно?</p> <p>Клиентка: Да, но я хочу продолжить.</p> <p>К.: Конечно, давайте продолжим. Я хочу предложить Вам упражнение, чтобы Вы смогли расслабиться. Для этого Вам нужно прилечь в позу «звезды» и закрыть глаза, я всё время буду рядом с Вами. Повторюсь, если Вам будет некомфортно – мы можем остановиться.</p> <p>Клиентка: Хорошо.</p> <p>К.: Что Вы чувствовали в тот момент? Помните свои чувства и мысли?</p> <p>Клиентка: У меня в тот момент была только одна мысль в голове «мне надо как-то выжить» и всё.</p> <p>Они, видимо меня чем-то накачали, но это был не хлороформ, потому что не прямо совсем усыпляет. То есть я понимала, что происходит, но это был платок с чем-то, короче как будто ты</p>	<p>На этом моменте клиентка очень разволновалась, ей было предложено упражнение «Забалтывание контроля».</p> <p>Во время проведения упражнения консультант расположился в изголовье клиентки, аккуратно двигал руками голову девушки из стороны в сторону, одновременно проясняя ситуацию сексуального насилия (т.е. как бы путешествуя в ситуацию</p>
--	--

<p>впал в какое-то такое состояние (<i>показывает руками расплывчатые движения</i>). Платок приложил мужчина сидящий сзади.</p> <p>На мне не было порванной одежды, у меня даже не было особо следов, так немного синяков.</p> <p>Когда всё закончилось, они меня просто высадили. Когда они всё ЭТО сделали, я была всё ещё в этом состоянии, я вообще не видела, что вокруг происходит, у меня всё плыло перед глазами, то есть я стопроцентно как сейчас не видела.</p> <p>И они после того, как это случилось, единственное, что я очень хорошо запомнила – это мокрые салфетки, мокрые тряпки, которыми они потом всё обрабатывали. Обрабатывали меня, мои вещи, я не знаю, что там потом делали. Сделали всё «по-умному», потому что по факту, я даже не знаю с чем бы я пошла в полицию. Я бы туда просто пришла, наверное, сказала бы «вы знаете, меня изнасиловали, а кто?».</p> <p>К.: Когда Вы отошли от случившегося, Вы помните своё состояние?</p> <p>Клиентка: Состояние опустошенности и дикой усталости.</p> <p>К.: В настоящий момент Вы испытываете то же состояние?</p> <p>Клиентка: Нет, эти чувства как бы притупились, но они со мной. Только прибавилось еще и отвращение к себе.</p> <p>К.: Прямо сейчас или оно с Вами уже какое-то время?</p> <p>Клиентка: У меня оно появилось, когда я начала</p>	<p>насилия вместе с клиенткой)</p>
--	------------------------------------

<p>поправляться. Мало того, что после того, как со мной в 16-17 лет случилось... Ну, то есть я потеряла девственность не очень хорошим способом, в том смысле, что мой первый молодой человек обещал ждать, а потом мы остались как-то вдвоем и он сделал не очень хорошие вещи. И в общем получилось так, что у меня начались проблемы по гинекологии вследствие этого. Узнала я это в 17-18 лет, спустя где-то год после случившегося. А после последней ситуации они, естественно, усугубились. Более того это был настолько сильный стресс, что у меня начались гормональные сбои, проблемы и плюс ко всему я за последние три года набрала плюс 45 кг.</p> <p>К.: Отвращение к себе только из-за того, что Вы набрали вес или есть ещё причины?</p> <p>Клиентка: Вообще в принципе отвращение к своему телу. Не только лишний вес. Чувство, что моё тело меня подвело.</p> <p>К.: Давайте попробуем выполнить с Вами упражнение «Благодарности своему телу». Я предлагаю Вам сейчас написать своему телу несколько писем. Первое письмо – «Обиды и злости на своё тело». Там укажите все, за что обижаетесь или обижались на свое тело.</p> <p>Давайте сейчас Вы попробуете сделать это в течение 10 минут.</p> <p style="text-align: center;">&lt;...&gt;</p> <p>Клиентка: Готово. Это было не очень сложно.</p> <p>К.: Хорошо. А теперь давайте попробуем написать своему телу «Письмо-благодарность», искренне сказать ему спасибо за всё – помогало</p>	<p>Совместная выработка возможных решений проблемы.</p> <p>Составление плана действий для реализации клиенткой.</p> <p>Выполнение упражнения.</p>
--	---

	<p>в выздоровлении, давало силы, где казалось их уже не было и так далее.</p> <p style="text-align: center;">&lt;...&gt;</p> <p>Клиентка: Это оказалось сложнее, но после этого письма мне даже как-то неловко перед своим телом за такие мысли.</p> <p>К.: Поэтому в качестве домашнего задания я хочу предложить Вам написать третье письмо – «Письмо прощения». Попросите прощения за все то, что делали со своим телом и все то, что про него говорили и думали. Обращайтесь прямо к нему не в абстрактном понимании, а как будто ваше тело отделилось, сидит перед вам, а вы читаете свои слова извинения. Или смотрите в зеркало.</p> <p>Клиентка: Я обязательно попробую.</p>	
<p>III 5 минут</p>	<p>Клиентка: Спасибо вам за эмоциональную поддержку, она мне очень была нужна.</p> <p>К: Пожалуйста, буду рада видеть вас на следующей консультации.</p> <p>Клиентка: Всего доброго.</p>	

## Протокол проведенной консультации №3

**Дата:** 08.06.2023

**Клиентка:** Екатерина, 24 года.

**Запрос:** 7 лет назад пережила сексуальные домогательства на работе.

Изначального запроса не было.

**Семейное положение:** свободна.

Этап	Диалог	Примечания, комментарии
I 5 минут	<p>К.: Добрый день, Екатерина, проходите, присаживайтесь.</p> <p>Клиентка: Здравствуйте!</p> <p>К.: Как Вам будет комфортно, чтобы я к Вам обращалась?</p> <p>Клиентка: Катя и на «ты».</p> <p>К.: Хорошо, если тебе будет удобно, то ко мне тоже можно обращаться на ты.</p> <p>Клиентка: Хорошо.</p> <p>К.: Ты готова поделиться своей историей и рассказать о том, что тебя беспокоит до сих пор?</p> <p>Клиентка: Да, можем начинать?</p> <p>К.: Конечно. Но сразу хочу предупредить, что если тебе будет о чем-то больно и неприятно вспоминать, то мы всегда можем остановиться.</p> <p style="text-align: center;">***</p>	Установление контакта, поиск взаимопонимания.
II 50 минут	<p>Клиентка: Это была моя первая работа, мне было 17 лет. Я устроилась на работу к человеку, которого я как бы знала до этого. Я не могу сказать, что это произошло в какой-то один конкретный день – раз и как гром среди ясного неба. Сейчас семь лет после произошедшего и могу оценить, как развивалась ситуация.</p>	Сбор информации, активное слушание.

Когда я устроилась на работу, было ощущение, что человек оказал мне большую услугу, что вообще взял меня, потому что мог взять кого-то другого и не пренебрегал возможностью напомнить об этом.

Первое время начинались какие-то комментарии в адрес моего внешнего вида, то есть сначала он мог там раз в месяц, например, сказать «блин, круто выглядишь», «о, вот сегодня ты в юбке, у тебя такая ж\*\*а классная в юбке» и так далее. И когда у меня прослеживались какие-то нотки недовольства, это было очень видно, и он очень часто либо обижался на это недовольство, либо говорил, что «ну это же нормально, я мужчина, ты женщина, я могу давать такие комментарии, это в порядке вещей». У меня на тот момент вообще не было понимания, что есть норма, а что нет. И у этого человека был очень высокий, большой, просто огромный авторитет в моих глазах, потому что он старше меня, руководитель, занимается серьезными вещами плюс в тусовке, в которой мы тогда находились, если ты с ним не общаешься, то можешь считать, что у тебя нет тусовки, что тебя не существует, потому что если кто-то там из 20-30 человек захочет тебя позвать, а он сделает при этом недовольное лицо, то всё, «до свидания», тебя не существует. В восемнадцать лет это важно находиться в одном круге общения с людьми, с которыми ты работаешь с которыми ты коммуницируешь чуть ли не 24/7.

Потом всякие такие комментарии начали появляться чаще, и он мог, например, на работе

где-нибудь зажать меня около стенки или погладить там по талии, плавно переходя вниз и так далее. И преподносилось это тоже формате «нормально, а что такого? Тебе что-то не нравится?»»

К.: А он был непосредственно твоим руководителем?

Клиентка: Да, да. И вообще было ощущение, что как будто бы, если что тебе не нравится, то это шутка. «У тебя что, нет чувства юмора?», «Конечно, я погладил тебя по пятой точке, но это же шутка», «Я дал комментарий, что ты сексуально выглядишь, но это нормально, я – мужчина, я могу такое говорить», «Тебе совсем не нравится? Да я же пошутил» и так далее.

К.: На тот момент, что ты чувствовала по отношению к таким шуткам?

Клиентка: Я старалась их игнорировать, но было чувство, что на тебя вылили ушат помоев и ты стоишь обтекаешь.

К.: А сейчас какие эмоции ты испытываешь, вспоминая эти чувства?

Клиентка: Сейчас я думаю, что неправильно реагировала тогда. Какое-то отвращение к себе, что не могла ответить нормально, обозначить свои границы.

<...>

Клиентка: Я очень во многом виню себя, я никогда никому не рассказывала эту историю, потому что мне тяжело было вообще осознать, насколько это вяжется с какой-то темой насилия или что это такое, потому что, по сути, я не могу сказать, что я когда-то прямо четко сказала



«нет» – «вообще не смотри на меня, ты не имеешь права давать таких комментариев, прикасаться ко мне и отойти на 2 метра, оттуда будем разговаривать». Но, с другой стороны, в 18 лет это первая работа, «спасибо что ты вообще меня сюда взял, и ты суперавторитетный, ты еще и мой руководитель, и в тусовке такой самый главный и поэтому я как бы пресмыкаюсь». Ощущения были такие. Через год у нас был рабочий выезд и на этом выезде в какой-то момент он сказал «пойдем поможешь мне что-то сделать, принести, достать» и так далее. Мы зашли к нему в номер, он помедлил-помедлил и в какой-то момент мы сначала сидели на кровати, потом он меня уже каким-то образом уложил, начала лезть, приставать. На мой комментарий: «Что ты делаешь? Зачем? Не надо», мне прилетел ответ: «Я тебя хочу. Это нормально. Ты так сексуально выглядишь, что я могу сделать? Я что, тебе совсем не нравлюсь? Ты что, хочешь меня обидеть?».

Я не знала, что мне нужно сделать, сказать, я реально боялась встать и уйти, потому что на этом всё моё окружение, моя привычная жизнь закончится.

К.: Ты помнишь, что произошло дальше?

Клиентка: В итоге я не ушла. У нас что-то произошло.

К.: Под «чем-то» ты имеешь в виду изнасилование?

Клиентка: Да. И потом выезд на этом не закончился. Он длился ещё недели полторы и

<p>полторы недели мы продолжали каждый день видеться и делать вид будто бы ничего не произошло. Типа то, что случилось – это нормально. Правда, он обиделся на меня, что типа «тебе настолько некомфортно рядом со мной? Я тебе настолько не нравлюсь?», но больше ничего не было.</p> <p>Мы вернулись обратно и после этого выезда мы больше не виделись и не общались. Всё общение начало сводиться к минимуму, но мы всё ещё встречались, потому что мы оба были в этой тусовке, но я начала постепенно из этого всего выходить, пытаться максимально себя оградить вообще от этого круга общения, закончить всю эту историю и желательно вообще больше никогда с этими людьми не пересекаться.</p> <p>Честно, мне до сих пор сложно сказать, было это насилие или нет, у меня в голове четкого ответа нет. Даже при всем при том, что куча каких-то мелких моментов связываются в одну историю, я не могу сказать, например, что этот человек – самый отвратительный человек в этом мире. Но на тот момент просто никто вообще не говорил, что если тебе что-то не нравится, то ты можешь просто встать и уйти, можешь сказать «нет», у тебя есть на это право несмотря на то, что человек старше тебя, выше по должности и, как бы образно говоря, может распоряжаться и твоей жизнью в рамках этой системы, в которой вы существуете. И было ощущение, что сказать «нет» было нельзя, потому что на этом твоя привычная жизнь закончится, потеряешь работу, круг общения и вот, пожалуйста, сиди дома</p>	
---	--



	<p>всё равно не остановило. С этой стороны я не думала, если честно.</p> <p>К.: А как ты думаешь, у тебя есть своя выгода, чтобы чувствовать себя виноватой в произошедшем?</p> <p>Клиентка: Я думаю да, но мне пока сложно сказать почему.</p> <p>К.: Тогда я предлагаю взять тебе этот вопрос в качестве домашнего задания и попробовать записать такое количество выгод, какое ты сможешь максимально.</p> <p>Клиентка: Хорошо, я попробую. Никогда не смотрела на эту ситуацию под таким углом. Казалось всегда, что прошло да и прошло, а оказалось столько тараканов за собой тащущу.</p>	Выполнение упражнений
<p>III 5 минут</p>	<p>Клиентка: Спасибо за встречу.</p> <p>К.: Пожалуйста, буду рада видеть тебя на следующей консультации!</p> <p>Клиентка: До встречи!</p>	<p>Уходила задумчивой, но в хорошем расположении.</p>

**Результаты диагностики после проведения схемы  
психологического консультирования**

Таблица 1. – Сводная таблица результатов исследования по шкале А. Бека у девушек экспериментальной группы

№	Когнитивно-аффективная субшкала (результаты в баллах)	Субшкала соматических проявлений (результаты в баллах)
Клиентка 1	8	4
Клиентка 2	12	15
Клиентка 3	5	3

Таблица 2. – Сводная таблица результатов исследования по ШОВТС у девушек экспериментальной группы

№	Вторжение	Избегание	Физическая возбудимость
Клиентка 1	2	4	4
Клиентка 2	9	4	8
Клиентка 3	5	2	1

Таблица 3. – Сводная таблица по критериям и уровням до формирующего эксперимента

№	Когнитивный	Эмоциональный	Поведенческий	Соматические проявления
Клиентка 1	Низкий	Низкий	Низкий	Средний
Клиентка 2	Средний	Низкий	Низкий	Высокий
Клиентка 3	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий

### Применение биномиального критерия $m$

Согласно алгоритму применения биномиального критерия  $m$ , первым пунктом мы определяем теоретическую частоту встречаемости эффекта по формуле:

$$f_{\text{теор.}} = n * P,$$

где  $n$  – количество наблюдений в обследованной выборке;

$P$  – заданная вероятность исследуемого эффекта.

По соотношению эмпирической и теоретической частот и заданной вероятности  $P < 0,50$ , определяем, что данный случай сопоставлений относится к гипотезе  $H_1$ , где  $f_{\text{эмп.}}$  достоверно выше  $f_{\text{теор.}}$ , а следовательно  $m$  находим для случая  $2 \leq n \leq 50$ .

Если заданная вероятность  $P < 0,50$ , а  $f_{\text{эмп.}} > f_{\text{теор.}}$ , то биномиальный критерий применим для выборки  $2 \leq n \leq 50$ .

$$\text{Производим расчет } f_{\text{теор.}} = 3 * 0,15 = 0,15.$$

Считаем  $m_{\text{эмп.}}$  эмпирическую частоту встречаемости эффекта в обследованной выборке:

$$m_{\text{эмп.}} = 3 * 0,15 = 0,15$$

Определяем эмпирическое значение  $m$  при  $P < 0,50$ , согласно таблице получаем значение 3.

$$\text{Так как } m_{\text{эмп.}} = f_{\text{эмп.}}, \text{ то } f_{\text{эмп.}} = 0,15.$$

Следовательно,  $m_{\text{эмп.}}$  совпадает с критическим значением, это означает, что эмпирическая частота равна теоретической частоте встречаемости эффекта.

$$\text{Уровень значимости } P = f_{\text{эмп.}} / n = 0,15 / 3 = 0,05$$