

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

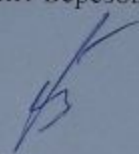
"Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Заведующая кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.



Реферат

Тема: Посттравматический синдром связанный с изнасилованием

Выполнил: ординатор 2 года обучения Карпов С.М.

Красноярск 2018г

Рецензия

Данный реферат Карпова С.М. по дисциплине: "психиатрия" на тему: "Посттравматический синдром связанный с изнасилованием" от 2018 года актуален, содержание работы соответствует заявленной теме. Работа полностью раскрывает все аспекты исследуемого вопроса. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка: 5 баллов

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.



ОГЛАВЛЕНИЕ

1. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ СТРЕССОВОЕ РАССТРОЙСТВО

2. ТРАВМАТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ИЗНАСИЛОВАНИЯ

3. ФАКТОРЫ В РАЗВИТИИ И ТЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКОГО
СИНДРОМА ИЗНАСИЛОВАНИЯ

4. ПОВЕДЕНЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА
ИЗНАСИЛОВАНИЯ

5. Поведенческие методы
6. КОГНИТИВНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА
ИЗНАСИЛОВАНИЯ

7. Когнитивно-поведенческая терапия
Когнитивная терапия
8. ФАРМАКОТЕРАПИЯ

9. АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ТРАВМАТИЧЕСКОГО СИНДРОМА
ИЗНАСИЛОВАНИЯ

10. КУРИРОВАНИЕ

11. ЗАКЛЮЧЕНИЕ

12. Список использованной литературы

Сексуальные нападения - криминальная проблема, которая стала встречаться более часто в наше время. Насильники оставляют женщин, обеспокоенных набором посттравматических симптомов, таких как: соматические жалобы, расстройства сна, ночные кошмары, страх, подозрительность, тревожность, общая депрессия и социальная дезадаптация. Некоторые женщины выражают свои чувства через проявления страха, тревожности; они часто плачут и находятся в состоянии напряжения. Другие женщины пытаются контролировать свое выражение, маскируют свои чувства и пытаются выглядеть спокойными. Нередко, жертвы насилия в дальнейшем преследуются системой правосудия и обществом. И если все это остается неразрешенным и не вылеченным, то в последствии, эта острая травма может развиваться в травматический синдром изнасилования, по своему состоянию близкий к такому расстройству как посттравматический стресс.

Посттравматическое стрессовое расстройство

ПТСР – относится к группе тревожных расстройств. Симптомы ПТСР проявляются у людей, которые испытали на себе воздействие события выходящего за рамки обыденных человеческих переживаний и экстремально стрессогенного для любого человека. Такое событие наложит бы "серьезный вред или угрозу чьей-либо жизни или физической целостности, серьезную угрозу чьим-либо детям, супругу или другим близким родственникам или друзьям". ПТСР может развиваться после того, как человек стал очевидцем внезапного разрушения дома пациента или гибели всей семьи, убийства или травматизации какого-нибудь человека. (DSM-IV, 1994).

Травматические события, которые могут вызвать ПТСР, можно классифицировать по нескольким категориям. Во-первых, человек может испытать воздействие природного катаклизма, например - землетрясения. Во-вторых, расстройство может быть вызвано трагическими несчастными случаями, например - авиа- и автокатастрофы. В-третьих, стрессором может стать какая-нибудь искусственная катастрофа - война, концлагерь, пытки, расстрел. Травматический синдром изнасилования - особенный случай ПТСР, в случае которого жертва насилия страдает из-за симптомов, вызванных пережитым сексуальным насилием в отношении жертвы. (DSM-IV, 1994).

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

1. *рекуррентное, постоянное и беспокоящее переживание травмы через неприятные воспоминания, сны, навязчивые действия и чувства как будто бы событие повторялось (перепроживание травмы, иллюзии, галлюцинации, flashbacks - внезапные, яркие и реалистичные, вспышкообразные возвращения травмирующих переживаний);*
2. *постоянное избегание стимулов, которые напоминают о травме, например, пациент избегает мысли и чувства, ассоциирующиеся с травмой, избегает ситуации и сферы деятельности, которые пробуждают травматические воспоминания;*
3. *психогенная амнезия*
4. *снижение интереса к значимым видам деятельности (который присутствовал до того как травма произошла), например пациент проявляют заметно уменьшенный интерес в значимых сферах жизнедеятельности; они могут чувствовать отчужденность (отстраненность) от других людей; набор их реакций может быть ограничен ли они могут чувствовать отсутствие будущего; сужение спектра эмоций*
5. *постоянные симптомы повышенного возбуждения, которое включает в себя раздражительность и вспышки гнева, проблемы с концентрацией внимания, гиперактивность,*

неадекватное реагирование, они проявляют физиологическую реакцию на события или ситуации, которые отображают в символической форме или похожат на травму

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

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

Травматический синдром изнасилования

Это наиболее общая травма, которая с большей вероятностью продуцирует симптоматику близкую к ПТСР. Ellis (1983) предполагает, что здесь можно выявить 3 фазы в процессе реагирования на изнасилование: краткосрочная, промежуточная и долговременная. Краткосрочная реакция характеризуется набором травматических симптомов типа соматических жалоб, расстройств сна, ночных кошмаров, страха, подозрительности, тревожности, общей депрессии и дезадаптации в социальной деятельности. Rosenhan и Seligman (1989) утверждают, что на кризис, немедленно следующий после изнасилования, воздействует стиль эмоционального реагирования женщины. Некоторые женщины выражают свои чувства, проявляют страх, тревожность; они часто плачут и находятся в состоянии напряжения. Другие женщины пробуют управлять своим поведением, маскируют свои чувства и пытаются выглядеть спокойными.

Симптоматика остается относительно устойчивой в течение 2 - 3 месяцев. В промежуточной фазе, от 3 месяцев до 1 года после ситуации нападения, диффузная тревожность обычно становится специфической, связанной с изнасилованием. Затем женщины испытывают состояние депрессии, социальной и сексуальной дисфункции. В период продолжительной реакции, более 1 года после нападения, к текущему состоянию добавляется гнев, гиперактивность к опасности, сексуальная дисфункция и снижение способности наслаждаться жизнью (Ellis, 1983). Согласно описательным исследованиям, проведенным группой исследователей под руководством Renner (1988), всего лишь 10% жертв насилия не проявляют никакого нарушения своего поведения после нападения. Поведение 55% жертв умеренно изменено, и жизнь 35% жертв сопровождается серьезной дезадаптацией. Спустя несколько месяцев после нападения, 45% женщин каким-то образом способны адаптироваться к жизни; 55% жертв испытывают длительные воздействия травмы.

Из всего выше сказанного можно вывести, что более половины жертв изнасилования проявляют некоторый уровень ТСИ после изнасилования. Выход из депрессии и социальная коррективная работа обычно занимают несколько месяцев после ситуации травмы. С другой стороны, страх, тревожность, переживание травмы, расстройства сна, ночные кошмары, избегание стимулов, напоминающих о нападении - это симптомы, которые сохраняются во многих жертвах изнасилования на многие годы, если не навсегда. Жертвы нападения также испытывают трудности в МЛО со значимыми фигурами и органами власти; их удовлетворенность трудом ниже, чем у большинства, и существует негативное воздействие по отношению к их надежде на будущее. Дополнительно, их самооценка (самоуважение) ниже, чем у других женщин даже по прошествии 2 лет после ситуации нападения (Murphy с соавт., 1988).

Факторы в развитии и течении травматического синдрома изнасилования

Для понимания ситуации и чувств жертвы насилия, нужно учесть несколько факторов. На вероятность развития ТСИ и степени его серьезности, естественно, влияют личностные характеристики жертвы. Очевидно, что женщины с большим набором механизмов преодоления и с высокой эмоциональной и психологической стабильностью имеют меньшую вероятность к

тому, чтобы испытывать симптомы ПТСР, чем женщины, у которых данные характеристики отсутствуют. Например, Cohen и Roth (1987) обнаружили, что и принятие и избегание стратегий преодоления негативно связывались с восстановлением. Однако, так как насилие - это атака (нападение) на один из наиболее ранимых аспектов человека, то справиться с этим сможет не каждая женщина. Следовательно, психологическая выносливость не является только единственным фактором, но и не должна быть наиболее важным.

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

Однако, если жертва не желает рисковать и получать дополнительный ущерб, то получение помощи от различных институтов и понимание ее ситуации окружающими маловероятно. Она будет обвинена сама собой и окружающими за неоказание сопротивления и она будет испытывать намного большее чувство вины и количество трудностей, мешающих разрешению проблемы в конечном счете (Renner et al., 1988).

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

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

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

Поведенческий подход к лечению травматического синдрома изнасилования

Прежде чем начать обсуждение возможных вариантов лечения начала ТСИ, следует сделать несколько уточнений. Первое, это предупреждение самого изнасилования, решение проблемы преступности. Это находится вне контекста данной работы. Единственная вещь, которую следует упомянуть - это повышение уровня общественного понимания об изнасиловании во время свидания и о путях избежания этого. Второе уточнение - предотвращение ТСИ. ТСИ не обязан развиваться немедленно сразу же после нападения. Если жертва обращается за профессиональной помощью немедленно после изнасилования, то вероятность того, что она будет испытывать симптоматику ПТСР - меньше (Rosenhan et al., 1989). Она может обратиться в какой-нибудь центр помощи жертвам сексуального нападения или в другое учреждение, сферой деятельности которого являются кризисные вмешательства. Эти центры предоставляют жертвам немедленную поддержку, информацию и они (центры) пытаются снабдить (экипировать, обучить) этих женщин навыками преодоления, необходимыми для работы с кризисом. Раннее вмешательство в кризис может снизить вероятность развития ПТСР. Но если симптомы начинают проявляться и длиться более чем 1 месяц, то у пациента диагностируется ПТСР. В этом случае, жертве следует принять участие в некоторых из обсуждаемых ниже типов терапии.

Поведенческие методы

Погружение (погружение в ситуацию травмы)

В рамках данной методики пациент обучается прогрессивной релаксации и, затем, представляется быстродействующий дефект к объекту страха (Zimbardo, 1985). Погружение не является наилучшим методом работы с пациентом, страдающим от травматического синдрома изнасилования, так как это очень специфический метод и в своей исходной форме является слишком отвратительной для клиента. Также данный метод не предполагает то, что требуется больше всего для жертвы: поддержку. Однако быстрое погружение в образы может использоваться для уменьшения беспокойства вызванного кошмарами и flashbacks (см. выше) (Matlin, 1989). Хотя с помощью этой методики можно работать с некоторыми пациентами, ею следует пользоваться с предосторожностью, так как могут просто встречаться пациенты, не принимающие это.

Систематическая десенситизация

Систематическая десенситизация часто применяется для лечения пациентов с тревожностью и страхами. Frank в 1988 году провел исследование, сравнивая СД с когнитивно-поведенческой терапией в лечении жертв изнасилования. Обе методики оказались очень успешными. Во-первых, жертву обучают прогрессивной мышечной релаксации, используя метод Джейкобсона. В случае жертв изнасилования, инструкция не должна позволять вашим мыслям "околачиваться", так как они, вероятно, могут околачиваться вокруг сцен сексуального нападения. Лучше, когда они (жертвы) могли быть проинструктированы сфокусировать мысли на специфически приятной, счастливой сцене. Затем, основная жалоба пациентов разбивается на несколько сцен, которые упорядочиваются иерархически. Пациент вовлекается в релаксацию, и ярко воображает (насколько возможно) травмирующие сцены, переходя от наименее опасной (угрожающей) к наиболее угрожающей из них.

Десенситизация движений глаз

Десенситизация движений глаз - процедура, в которой пациент выявляет последовательности больших, равномерных движений глаз во время удержания в памяти наиболее яркий, заметный аспект травматических воспоминаний. Результатом этого является продолжительное снижение (уменьшение) тревожности, при этом меняется когнитивная оценка воспоминаний и снижается частота появлений flashbacks, навязчивых мыслей и расстройств сна также. По утверждению Shapiro (1989), данная процедура видится очень эффективной уже после первого сеанса применения. В отличие от систематической десенситизации, данная

процедура не требует иерархического подхода, и не продуцирует у пациента высокого уровня тревожности.

Когнитивный подход к лечению травматического синдрома изнасилования

Когнитивно-поведенческая терапия

Когнитивно-поведенческая терапия - комбинация методов и принципов как когнитивной, так и поведенческой терапии. Это сочетание может быть полезным для жертвы изнасилования, так как для того, чтобы работать с ее ситуацией и тревожностью, жертве часто необходимо приобрести новые навыки и умения. В исследовании Resick (1988), прививка стресса, например, производит продолжительное воздействие. При прививке стресса, как и в других когнитивно-поведенческих методиках, пациент проходит через три стадии. Задача 1-й стадии состоит в раскрытии терапевтом (также и самим пациентом) у пациента существующих навыков и умений преодоления. Данная стадия может включать и обучающую часть, в которой жертвы узнают больше о процессе развития страха и тревожности, следующем за изнасилованием. На 2-й стадии приобретаются новые навыки преодоления. Пациент изучает прогрессивную релаксацию, новые когнитивные методики, такие как: остановка мыслей, управляемые самодialogи и скрытая репетиция. На 3-й стадии тренируется применение этих методик на практике. Пациент тренирует новые умения, навыки в не опасных, но вызывающих страх ситуациях. Таким образом, она (жертва) обучается контролировать страх и пытается купировать избегающее поведение (Zimbardo, 1985; Resick, 1988). Программы прививки стресса могут быть использованы в индивидуальной терапии или при групповой терапии для жертв изнасилования. Эта программа имеет ряд преимуществ, которые будут обсуждены ниже.

Когнитивная терапия

Когнитивная терапия пытается изменить иррациональные или ошибочные убеждения, ожидания, оценки и атрибуции. Жертва изнасилования может извлечь значительную пользу из когнитивной терапии, особенно в работе с самообвинением, приступами тревоги и с некоторыми аспектами расстройств сна (Rosenhan et al., 1989). Женщина, которая испытывает чувство вины и обвиняет себя, вероятно испытывает трудности с атрибуциями и оценками. Приступы тревожности выражают некоторые искажения ожиданий и оценок. Терапевт может работать с этими проблемами на когнитивном уровне. Он может объяснить, как и почему страх и тревога развиваются вслед за изнасилованием, почему жертва пытается приписать вину себе, и почему у нее неадекватные автоматические мысли. Терапевт вместе с пациентом пробует найти другие решения, другие пути преодоления ее приступов тревоги. Пациент может изучить новые навыки совладания для работы с со своими проблемами.

Повторное, преодолевающее воспроизведение образов ситуации может быть использовано для снижения серьезности последствий приступов тревоги и расстройств сна. Также очень полезно сочетание имажинации с глубокой мышечной релаксацией. Ситуативное снижение интенсивности при имажинации может быть применено для работы со сценами, в которых пациент переживает травму. Так же, настойчивое, уверенное представление ситуации может использоваться при работе с клиентами, которые чувствуют себя ранимыми во многих ситуациях окружающей жизни (Rosenhan et al., 1989). Жертва могла бы представлять настолько ярко, насколько она сама может сделать как ассертивный человек в ситуации, которой она боится. Это помогает ей сделать такие мысли привычными и образ ситуации становится менее угрожающим.

Для работы с реакциями гнева и приступами тревоги, терапевт может использовать тренинг ассертивности (Rosenhan et al., 1989). Также Resick (1988) описывает тренинг ассертивности использованный в групповой терапии для жертв изнасилования. Но Resick et al.

включил в тренинг обучающую часть, в ходе которой пациент узнают о развитии тревоги и страха в случае изнасилования. Имеются объяснения, как ассертивные ответные реакции использовались для противостояния страху и уменьшения избегания. Причина в том, что ассертивные ответные реакции несовместимы со страхом. Тренинг ассертивности может быть полезен в работе с межличностными проблемами. В исследовании Resick'a жертвы обучались изменять не-ассертивное познание и ошибочные стереотипы мышления. Также несколько сеансов были сфокусированы на скрытую и поведенческую репетицию ассертивных реакций.

Фармакотерапия

При остром ПТСР к фармакотерапии следует прибегать при сильном возбуждении или потрясении больного. Целесообразно ее назначение также и при лечении хронического ПТСР. К важнейшим целям фармакотерапии при этом относятся: редукция симптоматики, снижение эмоциональных последствий и разрушительного влияния травмы на пациента, поддержка морального духа и вегетативная стабилизация.

Применение некоторых лекарственных средств при лечении ПТСР дало многообещающие результаты. Как при остром, так и при хроническом ПТСР применялись трициклические антидепрессанты, ингибиторы моноаминоксидазы (МАО) и бензодиазепины. В некоторых случаях хронического ПТСР применялись соли лития, карбамазепин, нейролептики, бета-блокаторы и клонидин.

Лекарством первого выбора чаще всего оказывается какой-либо трициклический антидепрессант. Верхняя граница доз определяется или улучшением состояния больного, или развитием нежелательных побочных эффектов. Лечение должно продолжаться минимум в течение восьми недель, прежде чем врач может судить о том, достигнут ли положительный результат. При неэффективности терапии трициклическими антидепрессантами, следует прибегать к другим препаратам или обратиться к специалисту. Следующим этапом лечения может быть терапия ингибиторами МАО. При злоупотреблении пациентом лекарственными средствами или при выраженной импульсивности, можно использовать карбамазепин (Тегретол) или соли лития. В лечении ПТСР обычно не следует применять нейролептики, но они полезны при наличии у больных признаков психоза. Бензодиазепины также могут принести облегчение, особенно при возникновении обильной и тяжелой тревожной симптоматики. В процессе психофармакотерапии ожидаемое улучшение состоит в подъеме настроения, улучшении сна, эмоционального самоконтроля, уменьшении кошмарных сновидений и увеличении социальной активности. Также может уменьшаться и выраженность симптоматики избегания. Фактором, мешающим стабилизации терапевтического эффекта, в ряде случаев может оказаться “вторичный выигрыш” (компенсация), получаемый больным от своего страдания.

Альтернативные методы лечения травматического синдрома изнасилования

Релаксация

В дополнение к любой терапии, пациент должен изучить глубокую релаксацию мышц или прогрессивную релаксацию. Эти методики могут помочь жертве преодолеть приступы тревожности, помочь ей справиться с нарушениями сна, снизить вероятность проявления вспышек плаксивости и головных болей (Rosenhan et al., 1989).

Рационально-эмотивная терапия

Может быть использована жертвой для преодоления чувств о том, что она никогда не переживет свою травму и ощущение того, что любой из окружающих может напасть на нее. Принципы РЭТ могут быть также применены в тренинге ассертивности.

Групповая терапия

Воздействие групповой терапии очень полезно для жертв изнасилования. Много кризисных центров изнасилования основаны на кризисной теории и психотерапевтических группах поддержки. Опорой для данного подхода является распространение информации, активное слушание и эмоциональная поддержка (Resick et al., 1988). Группа, разделяя опыт, может воздействовать на нечувствительность пациентов, изолированность и страх изнасилования (Rosenhan et al., 1989). Cryer и Beutler (1980) обнаружили, что большинство членов группы становятся заметно компетентнее в критериях (измерении) тревожности и страха. Поддерживающая психотерапия может включать в себя не только обмен чувствами, опытом восприятия и поддержкой, но и обучающую фазу. Жертвам может быть дана информация относительно страха и тревожности. Члены групп поддержки сами выбирают темы для обсуждения (Resick et al., 1988). Часто они включают темы страха, тревожности, реакции семьи и друзей, их собственную реакцию по отношению к изнасилованию и к стимулам, напоминающим для них травму. Также групповая терапия может быть комбинирована с арт-терапией. McKay (1989) описывает, как жертвы сексуального нападения смогли преодолеть свои поврежденные чувства с помощью рисования лиц, рассказывание историй, изготовление кукол и автобиографической деятельностью. В этой группе жертвы начинали говорить об обобщенном преследовании и нападении и приходили к пониманию, оживлению, и в последствии, к облегчению некоторых из болезненных воздействий их опыта.

Гипноз

Гипноз - другой вариант нахождения способов помощи жертвам сексуального нападения. Находясь под воздействием гипноза, жертвы могут найти облегчение опасений, чувства беспомощности, тревожности и социальной изоляции (Ebert, 1988). Hutchinson (1986) предлагает, чтобы феминистическая группа самогипноза помогала жертвам снимать их неадекватное чувство вины и давала им возможность понять социальный контекст происшедшего нападения.

Гипноз можно также использовать в сочетании с семейной терапией. Например, Somer (1990) опробовал применение краткой гипнотерапии на жертве изнасилования, и на ее мужа одновременно. Гипноз позволил жертве разделить свой опыт с ее мужем, который, со своей стороны, был также слишком расстроен и гневался всякий раз когда жертва хотела разделить с ним свои чувства, связанные с изнасилованием. Под воздействием гипноза, травматическая сцена переменила форму, и результат корректировал поведение со стороны мужа и выражения гнева по отношению к насильнику. Данная методика помогла мужу справиться намного лучшими путями со своим гневом, а жертве - снизить ее чувство покинутости, брошенности.

Семейная / супружеская терапия

Семейная или супружеская терапия сама по себе - также подходящий способ для работы с жертвами изнасилования. Так как реакция значимых окружающих чаще обвинительная по отношению к жертве, иногда даже отказ от жертвы - члены семьи жертвы должны участвовать в терапии. Частые ответные реакции родителей, партнеров - чувство беспомощности, гнев, фрустрация и смертоносные фантазии в отношении насильника (Emm, McKenry, 1988). На основе этих причин, участие в терапии может быть полезным в целях реорганизации и выпрямления целостности семьи. В рамках семейной / супружеской терапии, члены семьи смогут обсудить когнитивные и эмоциональные компоненты своих ответных реакций на травму. Feinauer и Hippolite (1987) использовали краткие метафорические истории и символические ритуалы, в рамках которых каждый член индивидуально и семья, как целостность, могли повторно испытать и решить, как они отреагировали бы на травму.

Экзистенциальная терапия

В дальнейшем, в терапии могут применяться принципы экзистенциальной психологии для того, что бы помочь жертве в преодолении ее беспомощности, чувств потери контроля, и

для нахождения смысла жизни даже с таким травматическим опытом. Нечувствительность пациента может быть уменьшена через принятие ответственности.

Гуманистический подход

Гуманистический подход должен быть применен при всех возможных видах терапии. Так как пациент нуждается в понимании, принятии и поддержке со стороны терапевта. Ориентированная на клиента (client-centred) терапия помогла бы жертве выразить себя, рассматривать различные способы реагирования и выбирать из них наиболее подходящий способ.

Психодинамическая терапия

Психодинамическая терапия не является подходящим, соответствующим способом лечения для жертв изнасилования, так как вопросы относительно детского опыта могут наложить на жертву чувство вины. Единственным исключением может являться только случаи пациентов, которые пережили не только изнасилование, но сексуальные нападения также и в детстве. В таком случае, психодинамическая терапия может помочь жертве; однако, даже и в случае с таким пациентом, данный вид лечения не может быть применен в начале курса лечения. Лучше, после того как жертва справилась в определенной степени с изнасилованием, терапевт может возвратиться в ее детство для того, что бы работать с предыдущим опытом. Говоря относительно фрейдистской точки зрения, следует упомянуть, что сублимация используется как защитный механизм против травмы. Многие жертвы изнасилования дают уроки самозащиты для жертв изнасилования и остальных женщин, или волонтерам в кризисных центрах изнасилования. Это служит примером сублимации, потому что помощь окружающим помогает жертвам изнасилования в преодолении собственной тревожности и страха.

Курирование

Осложнения

При развитии в процессе терапии сопутствующих психиатрических проблем, таких как злоупотребление алкоголем или наркотиками, деструктивного поведения, угрозы убийства или самоубийства врачу следует поступать соответствующим образом. Осложнением ПТСР, связанным с причиненной людьми травмой, может стать сутяжничество. Не всегда, однако, удовлетворение иска приводит к редукции симптоматики ПТСР. К другим осложнениям относится потеря работы или распад семьи.

Лечебные неудачи

Сохранение на протяжении нескольких месяцев после травмы симптоматики, не смотря на раннее врачебное вмешательство, указывает на необходимость пересмотра диагноза и плана терапии, а также на необходимость рассмотрения дополнительных методов лечения. При этом фармакотерапия может быть показана в тех случаях, где от нее первоначально решили воздержаться. Может возникнуть также необходимость снова привлечь семью больного, либо прибегнуть к помощи других общественных групп поддержки. Спасительным выходом может оказаться и направление на госпитализацию в психиатрическую больницу.

Больные ПТСР нуждаются в поддержке и благодарно на нее реагируют. Поначалу врачу следует посещать таких пациентов так часто, как только это необходимо, а позднее – еженедельно или раз в две недели.

Окончание терапии

Состояние примерно 50 процентов жертв ПТСР улучшается в течение 6 месяцев после травмы. Как только больной чувствует себя способным справиться со стрессом без эмоциональной лабильности и без потери самообладания, одну из важнейших целей лечения можно считать достигнутой. Показания к окончанию терапии включают способность активно жить без приема лекарств (если прежде больной в них нуждался), восстановление “морального духа” и самооценки, а также социальной и профессиональной деятельности.

Заключение

Сравнительные исследования показали, что не имеется никакого значимого различия между тренингом асертивности, профилактикой стресса и психотерапевтической поддержкой в сравнении результатов лечения (Resick, 1988). Frank et al. (1988), сравнивавший когнитивно-поведенческую психотерапию и систематическую десенситизацию, не обнаружил превосходство ни одной из них.

Таким образом, можно заключить, что любая терапия лучше, чем отсутствие лечения как такового вообще, и что предотвращение лучше наилучшего лечения. Важно одно, что жертва немедленно после нападения должна обращаться за помощью.

В действительности не важно, какой подход применяется в лечении травматического синдрома изнасилования. Значение имеет раннее начало лечения, поддержка и многое другое, требующее понимания. Не только от терапевта.

Использованная литература:

1. Cyberia Shrink. Mental And Emotional Health.
2. Диагностика и лечение тревожных расстройств (Руководство для врачей). Под ред. Ю.А. Александровского и др. Copyright 1989 by American Psychiatric Press, Inc.
3. Призраки прошлого: структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы, 2014
4. Психическая травма, М.М. Решетников, М., 2014