

Психологические последствия сексуального насилия

Азарных Т.Д.

Воронежский государственный университет инженерных технологий (Воронеж)

Целью данного исследования являлось изучение психоэмоционального состояния у жертв сексуального насилия. Определялись следующие показатели: выраженность посттравматического стресса (ПТС) [Миссисипская шкала, гражданский вариант (МШ) (Keane T. M.) и шкала оценки влияния травматических событий (ШОВТС или IOES-R) (Horowitz M. J.)], депрессии Бека А. (BDI), психопатологической симптоматики и отдельных симптомокомплексов (SCL-90-R) (Derogatis L.) (Тарабрина Н.В., 2007). В группе сравнения были ПТС другой этиологии. Во всех случаях после получения психотравмы прошло не менее полугода. Исследования проведены на студентках дневных отделений государственных вузов г. Воронежа в возрасте 18-20 лет (476 человек) в течение 2004-2010 г.г. Статистическая обработка проводилась с использованием непараметрических методов с помощью программы SPSS (вар. 13).

В исследованной выборке сексуальное насилие являлось причиной ПТС в 6,5 % случаев, попытки сексуального насилия - в 8,5 %, т.е. каждый седьмой ПТС в такой достаточно благополучной социальной группе как студенты связан с сексуальным насилием или его попыткой. Средний возраст, при котором было совершено сексуальное насилие, составлял 16,9 лет (диапазон от 9 до 19 лет), т.е. жертвы в большинстве случаев были несовершеннолетними.

В группе с ПТС, вызванным сексуальным насилием, отмечаются самые высокие значения как специфичных для ПТС МШ и ШОВТС, так и коморбидных (сопутствующих) депрессии BDI, а также шести (из девяти) симптомокомплексов: соматизации, депрессии, тревожности, фобической тревожности, паранойяльных симптомов, психотизма и всех трех обобщенных индексов дистресса. Иначе говоря, ПТС, вызванный этой психотравмой, отличается более тяжелым течением, осложненным кроме того также и одновременно присутствующими симптомокомплексами депрессии (сниженное настроение, отсутствие энергии, сил и удовольствия от жизни), тревожности (нервозность, напряжение, дрожь, паника), фобий (страхи), паранойяльности (подозрительность, страх потери независимости), психотизма (изоляция от окружения, деперсонализационно-дереализационные явления), соматизации (телесные боли и недомогание). Однако при этом присутствуют (как и при ПТС другой этиологии) и остальные симптомокомплексы в виде враждебности (агрессия, раздражительность, гнев, негодование), обсессивности-компульсивности (наличие мыслей и действий, которые являются непреодолимыми и чуждыми Я), межличностной сензитивности (беспокойство и негативные ожидания в любых межличностных коммуникациях).

В этой группе чаще встречаются такие варианты аутодеструктивного поведения как мысли о суициде, рассматривающиеся как инициальная стадия

суицидального поведения (Войцех В.Ф., 2009) (67,7 % случаев против 44,3 % по другим видам психотравм, $\chi^2 = 6,366$, $p = 0,012$) и употребление психоактивных веществ (67,7 % против 42,1 %, $\chi^2 = 7,699$, $p = 0,006$). Наличие высокого уровня враждебности, характерного для всех ПТС в исследованной выборке, и высокой частоты встречаемости мыслей о суициде при ПТС, вызванном сексуальным насилием, позволяет предположить наличие этой психотравмы у смертниц.

Таким образом, сексуальное насилие является одной из самых тяжелых по своим последствиям психотравм. В группе 18-20-летних студенток каждый четырнадцатый ПТС связан с сексуальным насилием. ПТС, вызванный этой психотравмой, отличается от ПТС другой этиологии большей тяжестью и выраженностью коморбидной психопатологической симптоматики, а также более высокой частотой встречаемости аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и употребления психоактивных веществ.

Литература

1. Войцех В.Ф., Гальцев Е.В. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодёжи // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. №2. С. 17 – 24.
2. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч.2. Бланки методик. М.: Когито-Центр, 2007.