Рискованное сексуальное поведение у пациентки с комплексным ПТСР вследствие детского сексуального насилия

*Фомичева Н. С.**

Центр прикладных исследований «Русское общество психосоматики», Москва, Россия

Аннотация

Рискованное сексуальное поведение у женщин с историей детского сексуального насилия часто связано с перенесенным насилием и нередко сопровождается комплексным посттравматическим стрессовым расстройством (кПТСР). Несмотря на клиническую значимость этой связи, подробные описания психотерапии таких пациентов немногочисленны. В статье представлен клинический случай психотерапии 32-летней женщины с симптоматикой, соответствующей диагностическим критериям комплексного ПТСР по МКБ-11, и рискованным сексуальным поведением на фоне детского сексуального насилия. Терапия проводилась поэтапно, с использованием стабилизирующих, травма-ориентированных и телесно-ориентированных техник, на протяжении 96 сессий. Динамика оценивалась с помощью опросника *International Trauma Questionnaire* (ITQ) и самоотчетных шкал. Суммарный балл ITQ снизился на 42%, выраженность стыда и самообвинения — с 8–9 до 2–3 баллов, частота рискованных сексуальных контактов — до нуля; результат сохранялся в течение 6 месяцев катамнеза. Представленный случай показывает, что при диссоциативной симптоматике устойчивое улучшение может быть связано не только с переработкой травматического опыта, но и с последовательным формированием навыков саморегуляции и межличностных границ.

Ключевые слова: рискованное сексуальное поведение; детское сексуальное насилие; комплексное посттравматическое стрессовое расстройство; травма-ориентированная психотерапия; диссоциация; клинический случай.

Получено: 17 июля 2026 г.
Принято: 14 августа 2026 г.
Опубликовано: 30 сентября 2026 г.

Для цитирования:
Фомичева НС. Рискованное сексуальное поведение у пациентки с комплексным ПТСР вследствие детского сексуального насилия. *Psychotherapy Science Today*. 2026;2(3):29–33. https://doi.org/10.64435/BKWE4483

OPEN ACCESS

© Автор(ы), CC BY-NC 4.0

Введение

Рискованное сексуальное поведение (РСП) у женщин с опытом детского сексуального насилия рассматривается как одно из возможных долгосрочных последствий психической травмы. У женщин, переживших сексуализированное насилие в детстве, риск формирования РСП в 2–3 раза выше, чем в общей популяции, а выраженность и устойчивость паттернов РСП коррелируют с тяжестью и длительностью травмы, а также с ранним возрастом ее начала [1, 2]. Современные исследования связывают рискованное сексуальное поведение с нарушениями эмоциональной регуляции, самообвинением, диссоциацией, искажением восприятия собственного тела и личных границ, а также использованием сексуального поведения в качестве способа совладания с последствиями психотравмы [3]. Вместе с тем в литературе по-прежнему преобладают эпидемиологические исследования и работы, посвященные отдельным механизмам формирования РСП, тогда как описания структурированной психотерапевтической работы, последовательности терапевтических решений и факторов устойчивых изменений представлены значительно реже.

Клинические рекомендации подробно регламентируют психотерапию ПТСР и кПТСР [4, 5]. Вместе с тем психотерапия рискованного сексуального поведения как самостоятельной терапевтической мишени разработана значительно менее подробно: существующие протоколы не всегда учитывают последствия психотравмы для сексуальной сферы, в частности механизмы поддержания РСП и трудности формирования интимных отношений. Особенно мало публикаций, подробно описывающих последовательность клинических решений, критерии перехода между этапами терапии и факторы, связанные с достижением устойчивых изменений.

* E-mail: natalya.fomicheva.psy@gmail.com.

Цель настоящей статьи — представить поэтапно и через измеримые показатели динамику психотерапии рискованного сексуального поведения при комплексном ПТСР после детского сексуального насилия, выделить терапевтические факторы, потенциально связанные с устойчивым снижением симптоматики, а также описать ключевые терапевтические мишени и их последовательность в ходе психотерапии подобных случаев.

Клинический случай

Данные представлены с информированного согласия пациентки. Все персональные характеристики деперсонализированы, имена и детали, позволяющие идентифицировать личность, изменены. Обзорная временная шкала ключевых событий представлена в таблице 1.

Пациентка — женщина 32 лет, обратилась с запросом на формирование устойчивых близких отношений. На момент обращения отмечался паттерн многочисленных сексуальных контактов с малознакомыми партнерами, сопровождавшийся выраженным чувством неудовлетворенности и субъективной утратой контроля над собственным поведением.

Анамнез

Единственный ребенок в семье, воспитывалась обоими родителями. Летние периоды проводила в деревне у бабушки и дедушки, где с семи до тринадцати лет неоднократно подвергалась сексуализированному насилию со стороны более старших подростков, включавшему генитальные контакты без пенетрации и оральные контакты. После 13 лет поездки в деревню прекратились, однако сексуальные контакты продолжались с друзьями и подругами в городе.

В возрасте 18 лет пациентка поступила в институт, после чего сексуальное поведение стало более рискованным: значительно увеличилось число сексуальных партнеров, появились групповые сексуальные контакты, нередко в состоянии алкогольного или наркотического опьянения. При описании своего опыта пациентка настаивала на том, что все происходило по «взаимному согласию», ссылаясь на усвоенную установку: «С детства была распутной». После окончания института пациентка начала работать по специальности, отмечает карьерный рост и удовлетворенность своим профессиональным развитием.

Концептуализация

Диагностическая оценка проводилась автором настоящей публикации и включала клиническое интервью, структурированное по диагностическим критериям МКБ-11, а также опросник ITQ для количественной оценки симптомов ПТСР и комплексного ПТСР.

На основании критериев МКБ-11 была установлена диагностическая картина комплексного посттравматического стрессового расстройства (6B41) [6], которая включала: хроническое чувство угрозы, выраженные трудности эмоциональной регуляции, негативные представления о себе («я виновата», «я недостойна»), нарушения межличностных отношений, избегание триггерных тем, а также диссоциативные феномены (эпизоды отстраненности во время сексуальных контактов, ощущение «наблюдения со стороны», фрагментарность воспоминаний о травматическом периоде).

Время	Событие
7–13 лет	Сексуализированное насилие со стороны более старших подростков
18 лет	Резкое расширение сексуальных контактов; формирование устойчивого паттерна РСП
32 года	Обращение за психотерапией
Сессия 3	Острый эпизод стыда после спонтанного сексуального контакта с малознакомым мужчиной
Сессия 12	Завершение этапа безопасности и стабилизации
Сессия 20	Ключевой инсайт: признание факта насилия
Сессия 22	Диссоциативный эпизод при работе с травматическим воспоминанием
Сессия 45	Первый устойчивый отказ партнеру
Сессия 96	Завершение терапии; частота РСП снижена до нуля
+ 6 месяцев	Катамнестическое наблюдение: результат сохранен

Таблица 1. **Хронология клинического случая**

Предположение о значимой роли диссоциации в поддержании рискованного сексуального поведения в представленном случае согласуется с данными современных систематических обзоров [7]. В них диссоциация рассматривается как один из факторов, снижающих психологические барьеры к проявлению импульсивного и рискованного поведения, а также способствующих эмоциональной дисрегуляции и нарушениям межличностных границ.

У пациентки диссоциативные реакции проявлялись преимущественно в форме эмоциональной отстраненности во время сексуального контакта («ощущение, что это происходит не со мной»), фрагментарности воспоминаний о травматическом периоде и эпизодической дереализации в триггерных ситуациях. Такая картина согласуется с данными о специфике травматической памяти при сексуальном насилии: воспоминания сохраняют яркую сенсорную и эмоциональную насыщенность, остаются фрагментарными и плохо поддаются вербализации, что затрудняет их осмысление и интеграцию в автобиографическую память [8].

Важным фактором, усиливающим устойчивость диссоциативных паттернов, являлась социальная реакция на травму: у пациентки не было опыта безопасного раскрытия переживания насилия и получения поддерживающей обратной связи, что, по данным систематических обзоров о влиянии социального окружения на течение ПТСР, повышает риск хронификации диссоциативной симптоматики [9].

Таким образом, диссоциация у пациентки выполняла двойную функцию: в остром периоде — адаптивную (снижение непереносимого аффекта), а в последующем — дезадаптивную, поддерживая рискованное сексуальное поведение как паттерн совладания с внутренним напряжением и стыдом. Эта логика определила выбор поэтапного подхода к терапии: приоритет стабилизации и навыков саморегуляции до начала работы с травматическими воспоминаниями, а также интеграцию телесно-ориентированных техник для восстановления связи с телесным опытом и границ.

При дифференциальной диагностике были исключены биполярное аффективное расстройство и расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ; для этого использовалось структурированное интервью Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Признаки пограничного расстройства личности оценивались отдельно, в ходе клинического интервью на основании критериев личностного функционирования по МКБ-11 (см. раздел «Личностное функционирование»), и не достигли диагностического порога. Употребление алкоголя и каннабиноидов носило ситуативный характер и не соответствовало критериям зависимости; импульсивные паттерны сексуальности рассматривались как следствие травмы, а не как самостоятельное расстройство компульсивного сексуального поведения.

Личностное функционирование

- *Эмоциональная регуляция:* преобладали избегание травматических переживаний и диссоциативные реакции; высокий уровень стыда и самообвинения, склонность к самонаказанию.
- *Межличностные отношения:* чередование поиска близости и резкого дистанцирования; трудности в установлении и удержании границ, склонность к повторению травматических сценариев в отношениях.
- *Профессиональная жизнь:* стабильная занятость, высокая продуктивность как способ компенсации внутренней нестабильности.
- *Сексуальность вне РСП:* отсутствие способности к эмоциональной близости; секс воспринимался как подтверждение значимости или как способ снятия напряжения, а не как источник удовольствия или интимности.

Механизмы поддержания РСП

Поддержанию рискованного сексуального поведения способствовал комплекс взаимосвязанных механизмов:

- Когнитивный — интернализованное чувство вины и установка «я виновата», способствовавшие сохранению паттерна рискованных контактов. Устойчивость самообвинения и стыда после детского сексуального насилия описана как одно из ключевых препятствий для переработки травмы [10].
- Аффективный — использование секса для регуляции тревоги и стыда.
- Поведенческий — автоматизированные реакции на триггеры, отсутствие навыков отказа и распознавания собственных желаний.
- Диссоциативный — эмоциональная отстраненность, снижавшая субъективную интенсивность стыда.

Эти механизмы легли в основу выбора терапевтических мишеней: обеспечение безопасности и стабилизация, переработка травматического опыта, уменьшение самообвинения, развитие навыков эмоциональной регуляции и установления личных границ, а также формирование более безопасных моделей интимных отношений.

Терапевтический процесс и динамика изменений

Психотерапия проводилась в течение двух лет в формате еженедельных 50-минутных сессий и строилась поэтапно в соответствии с динамикой клинического состояния пациентки. Эффективность терапии оценивалась с помощью опросника ITQ и самоотчетных шкал частоты рискованного сексуального поведения, стыда и самообвинения. Измерения проводились каждые восемь недель; катамнестическое наблюдение выполнено через шесть месяцев после завершения терапии.

Этап 1. Безопасность и стабилизация (сессии 1–12)

Основные задачи: стабилизация, снижение тревоги, обучение саморегуляции. Показатели ITQ снижались медленно; наиболее заметным было снижение частоты импульсивных контактов (с 3–4 раз в месяц до 0–1) уже к сессии № 8. Уровень стыда оставался высоким, однако пациентка стала чаще обсуждать на сессиях ситуации, предшествовавшие эпизодам рискованного поведения.

Клиническая иллюстрация 1 (сессия 3). Пациентка пришла в состоянии острого стыда после спонтанного сексуального контакта с малознакомым мужчиной. Терапевт использовал стабилизирующую стратегию: нормализовал переживания, помог выделить триггер (усталость + алкоголь), сформировать навык паузы перед импульсивными действиями и разработать план поведения в аналогичных ситуациях.

Этап 2. Работа с травматическим опытом (сессии 13–30)

Коррекция дисфункциональных убеждений; по мере появления травматических воспоминаний — элементы EMDR. К сессии №20 пациентка впервые сформулировала: «То, что происходило в деревне, было насилием, а не моей виной». Это стало переломным моментом терапии: уровень самообвинения снизился, а способность выдерживать воспоминания повысилась.

Клиническая иллюстрация 2 (сессия 22). При попытке работы с воспоминанием о первом эпизоде насилия пациентка испытала сильную диссоциацию. Терапевту пришлось отказаться от дальнейшей экспозиции и вернуться к работе с телесными ощущениями, использованию ресурсирующих техник и метафор. Это позволило избежать ретравматизации и сохранить мотивацию к психотерапии.

Этап 3. Работа с убеждениями (сессии 31–50)

Фокус на трансформации убеждений («я недостойна», «мое тело — инструмент») с использованием EMDR и когнитивно-поведенческих техник как методов с доказанной эффективностью при работе с последствиями детского сексуального насилия [11], наряду с нарративными методами. Самооценка и способность к эмоциональной регуляции росли постепенно; пациентка начала замечать собственные желания и формулировать отказы.

Клиническая иллюстрация 3 (сессия 45). Пациентка рассказала о ситуации, когда она смогла сказать «нет» настойчивому партнеру. Эмоционально это было для нее тяжело, но она не вернулась к привычному сценарию.

Этап 4. Саморегуляция сексуального поведения (сессии 51–96)

Обучение распознаванию импульсов, коммуникации с партнерами, формированию позитивного отношения к телу. Частота РСП снизилась до нуля; пациентка сформировала устойчивые партнерские отношения, в которых могла открыто обозначать личные границы и обсуждать собственные потребности.

К концу терапии суммарный балл ITQ снизился на 42%, частота эпизодов РСП сократилась с 3–4 в месяц до нуля, а уровень стыда и самообвинения — с 8–9 до 2–3 баллов по самоотчетной шкале. Через 6 месяцев катамнестического наблюдения пациентка сохраняла устойчивые отношения, отсутствие рискованного сексуального поведения и навыки саморегуляции.

Выбор терапевтических интервенций определялся текущим состоянием пациентки, уровнем диссоциации и готовностью к работе с травматическими воспоминаниями. На этапе стабилизации применялись преимущественно стабилизирующие и телесно-ориентированные техники; на этапе переработки травматического опыта — EMDR и когнитивные техники коррекции убеждений; на этапе интеграции — интервенции, направленные на развитие навыков установления личных границ и построения безопасных партнерских отношений.

Обсуждение

Успешность терапии в данном случае, вероятно, связана не столько с последовательной переработкой травматического опыта, сколько со своевременным распознаванием диссоциации и систематическим формированием поведенческих навыков саморегуляции (пауза, отказ, поддерживающее обсуждение с терапевтом) — вопреки ожиданию, что устойчивые изменения потребуют прежде всего интеграции травматических воспоминаний. Такая динамика

согласуется с данными систематических обзоров о диссоциации как медиаторе между травматическим опытом и дезадаптивными поведенческими стратегиями [7] и указывает на то, что при выраженной диссоциативной симптоматике, где форсированная экспозиция повышает риск ретравматизации [12], поведенческая стабилизация может вносить терапевтический вклад, сопоставимый с переработкой травматического опыта, а не выступать только подготовительным этапом к ней.

Анализ данного случая позволяет предположить, что риск неудачи мог возрастать при форсировании переработки травматического опыта без достаточной эмоциональной стабилизации пациентки, при игнорировании диссоциативных реакций и недостаточном внимании к формированию навыков отстаивания личностных границ в коммуникации.

Анализ представленного случая позволяет выделить последовательность основных задач психотерапии. На первом этапе приоритетом была стабилизация состояния. По мере уменьшения эмоциональной дезорганизации работа последовательно смещалась к снижению самообвинения, осмыслению травматического опыта, осторожной работе с травматическими воспоминаниями, развитию способности устанавливать личные границы и построению более устойчивых и безопасных партнерских отношений. Именно такая последовательность, по-видимому, позволила избежать ретравматизации и обеспечить устойчивость достигнутых изменений.

Выводы и ограничения

Представленный случай иллюстрирует возможности поэтапной психотерапии рискованного сексуального поведения при комплексном ПТСР. Применение стандартизированных методов оценки позволило проследить клиническую динамику в ходе терапии, а катамнестическое наблюдение — оценить устойчивость достигнутых изменений.

При интерпретации полученных результатов следует учитывать ряд ограничений. Единичное наблюдение не позволяет делать обобщающие выводы. Отсутствие стандартизированной оценки на каждом этапе терапии ограничивает полноту описания клинической динамики. Катамнестическое наблюдение ограничено шестью месяцами, поэтому долгосрочная устойчивость изменений требует дальнейшего изучения. Полученные результаты нуждаются в подтверждении в исследованиях с участием большего числа пациентов.

Литература

1. Nvo-Fernández M, Miño-Reyes V, González-Cabeza G, Gálvez-Cienfuegos S, Ignacia MCC. Childhood sexual abuse as a predictor of Complex Posttraumatic Stress Disorder: A meta-analysis. J Ment Health Clin Psychol. 2024;8(3):1–6. https://doi.org/10.29245/2578-2959/2024/3.1324
2. Hailes HP, Yu R, Danese A, Fazel S. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. Lancet Psychiatry. 2019;6(10):830–839. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30286-X
3. Chaliawala K, King K, Vidourek R. Childhood sexual abuse: a narrative review. BCPHR. 2026;June 2026(96). https://doi.org/10.54111/001c.163448
4. American Psychological Association. Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. APA; 2025. Дата обращения: 25.07.2026. Доступно по: https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf
5. ISTSS Guidelines Committee. Posttraumatic stress disorder prevention and treatment guidelines: methodology and recommendations. International Society for Traumatic Stress Studies; 2024. Дата обращения: 25.07.2026. Доступно по: https://istss.org/wp-content/uploads/2024/08/Posttraumatic-Stress-Disorder-Prevention-and-Treatment-Guidelines-Methodology-and-Recommendations.pdf
6. World Health Organization. МКБ-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders. WHO; 2022. Дата обращения: 04.08.2026. Доступно по: https://МКБ.who.int/en
7. Krause-Utz A, Černáková R, Hoogenboom W, Schulze A, Büttner S, Demirelli Z, Mouthaan J, van Schie CC, Garnefski N, Kraaij V. Psychological factors linked to intimate partner violence and childhood maltreatment: on dissociation as a possible bridge symptom. J Interpers Violence. 2023;38(21–22):11400–11428. https://doi.org/10.1177/08862605231181377
8. Salmona M. Sexual violence, dissociation, and inequality: a guide to understanding traumatic memory. London: Routledge; 2024.
9. Stockman D, Haney L, Uzieblo K, Littleton H, Keygnaert I, Lemmens G, Verhofstadt L. An ecological approach to understanding the impact of sexual violence: a systematic meta-review. Front Psychol. 2023;14:1032408. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1032408
10. Lateef R, Collin-Vézina D, Alaggia R, MacIntosh H. A scoping review of shame among child sexual abuse survivors across the lifespan: findings and trends over three decades (1994–2024) and clinical implications. Traumatology. 2025. https://doi.org/10.1037/trm0000613
11. Molero-Zafra M, Fernández-García O, Mitjans-Lafont MT, Pérez-Marín M, Hernández-Jiménez MJ. Psychological intervention in women victims of childhood sexual abuse: a randomized controlled clinical trial comparing EMDR psychotherapy and trauma-focused cognitive behavioral therapy. Front Psychiatry. 2024;15:1360388. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1360388
12. Katalan C, Unterrainer H-F, Gelo OCG. Psychotherapy for complex post-traumatic stress disorder: efficacy and therapeutic factors. Front Psychol. 2026;17:1684921. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2026.1684921