## Влияние насилия, пережитого в детстве, на формирование личностных расстройств

В настоящее время представители различных теоретических ориентаций сходятся в признании патогенного влияния физического и психологического насилия, в качестве которых указываются и сексуальные домогательства, и телесные наказания, и неадекватные родительские установки, манипуляторство и симбиоз, на личность и психику ребенка. Однако проблематика насилия, несмотря на всю ее важность и актуальность, до сих пор не имеет единой теоретической и исследовательской парадигмы, в то время как и психотерапевтическая практика, и ряд экспериментальных данных отечественных и зарубежных авторов ясно указывают на общность генеза личностных расстройств различной специфики и последствий посттравматического стрессового расстройства вследствие пережитого насилия.

Несмотря на значительное и все время увеличивающееся количество работ в этой области, она является относительно новой в психологии и самостоятельно начала разрабатываться только в 60е годы нашего столетия в связи с общественным признанием проблемы “абьюза” — использования родителем ребенка в качестве сексуального объекта.

Как отмечает английский психоаналитик, специалист по проблеме насилия, St.Palmer [45], до этого времени существование феноменов инцеста и изнасилования фактически отрицалось, и сопротивление ведущимся исследованиям было огромно. Кроме того, по свидетельству C.Cahill et. al. [27], отсроченные последствия насилия, пережитого в детстве, лишь в последнее время становятся объектом эмпирических исследований в психологии. Большая часть публикаций по этой тематике представляет собой описание психотерапевтических клинических случаев, отсутствует корреляционный анализ, недостаточно статистических данных. Традиционно основное внимание уделяется инцестуозному паттерну “отец-дочь”, который описан и исследован наиболее полно. Сравнительно мало работ касаются иных форм сексуального насилия, в частности, плохо изучены последствия сексуального насилия для мальчиков, а также другие виды насилия, такие как физическое и эмоциональное.

Разноречивость исследовательских данных, в том числе и статистических, обусловлена также и отсутствием универсального представления о том, что считать насилием. Исследования, базирующиеся на различных критериях, дают чрезвычайно широкий разброс результатов относительно распространенности сексуального насилия в семье. В последние годы эти цифры колеблются от 6 до 62% у женщин и от 3 до 31% у мужчин в Европе [45].

Существуют также данные о том, что “группой риска” в отношении семейного насилия являются усыновленные или взятые на воспитание дети. Как указывает McNamara [41], к моменту достижения школьного возраста, который в Европе равняется шести годам, трое из четырех таких детей приобретают травматический сексуальный опыт.

В нашей стране показатели такого рода еще более противоречивы и неоднозначны. Лишь в последние 5-6 лет мы стали более информированными о проблеме сексуального насилия в отношении несовершеннолетних. По утверждению известного российского сексолога И.С.Кона, криминальная статистика не заслуживает доверия, так как приуменьшает реальные цифры до 5-7%. При использовании анонимных опросов эти цифры возрастают до 15-17%. Опросы подростков, живущих в крупных российских городах (Москва, Санкт-Петербург, Воронеж, Нижний Новгород), проводившиеся в 1993-95 гг., показали, что жертвами сексуального насилия стали 22% девочек и 2% мальчиков [2].

Еще более угрожающие цифры приводит Н.Б.Морозова (1997), сотрудник ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского. По ее данным, почти 86% девочек на территории нашей страны начинают половую жизнь с сексуального насилия, каждая третья их них становится проституткой под непосредственным руководством взрослых, в том числе и прямо ответственных за ее воспитание [2].

Таким образом, не вызывает сомнения, что проблема насилия в семье далека от разрешения и требует новых исследовательских программ, оригинальных методологических подходов, пристального внимания к специфике психотерапевтической работы с клиентами, пережившими подобный опыт. Опираясь на данные, имеющиеся в современной отечественной и западной литературе, мы попытались сформулировать круг тех вопросов, которые возникают перед специалистами, разрабатывающими эту проблему, тем более, что вопросов у исследователей до сих пор значительно больше, чем ответов.

### §1. Проблема идентификации знаков перенесенного насилия.

Как бы ни были разноречивы полученные к настоящему времени данные, очевидно, что в последние годы тема сексуального насилия, которому ребенок подвергается в семье (child sexual abuse) становится едва ли не самой популярной в исследованиях по семейной проблематике и приобретает не только психологическое, но и социальное звучание. Так, хорошо известен тот факт, что открытие некогда замалчиваемой проблемы инцеста повлекло за собой изменение закона о лишении родительских прав в Соединенных Штатах Америки, благодаря чему любые действия родителя или заменяющего его лица, квалифицированные экспертами как сексуальные домогательства, эротическая стимуляция или интимный контакт, влекли за собой ограничение общения с ребенком вплоть до полной сепарации с правом свиданий под контролем третьего лица.

Большинство исследователей сходятся в том, что результатами пережитого в детстве сексуального насилия, так называемыми “отставленными эффектами травмы”, являются нарушения Я-концепции чувство вины, депрессия, трудности в межличностных отношениях и сексуальные дисфункции (B.Bernstein [41], D.Jehu [37], C.Cahill [27], [28]).

Особое внимание в настоящее время уделяется феномену нарушения физических и эмоциональных границ как последствию насилия, пережитого в детстве, в результате которого травматический опыт хронифицируется. Вторжение влечет за собой нарушение отношений с собственным телом, которое включает не только изменение позитивного отношения к нему, но и искажение телесной экспрессии, стиля движений. И все же главным последствием детской сексуальной травмы современные исследователи считают “утрату базового доверия к себе и миру”, препятствующую формированию психотерапевтического альянса и, таким образом, затрудняющую терапевтическую работу с этой группой клиентов.

Следует отметить, что до сегодняшнего дня одной из основных дискуссионных и далеких от разрешения проблем в этой области остается **проблема идентификации знаков сексуальной или иной травматизации**, или, иными словами, диагностика наличия фактов насилия в анамнезе.

Действительно, в литературе существуют указания на то, что некоторые жертвы инцеста частично или полностью амнезируют травмирующее событие. Особенно вероятно, что это произойдет, если факт насилия имел место в довербальном периоде жизни ребенка и относился к категории раннего опыта, о котором “невозможно рассказать словами”. В этом случае сексуальная травма, будучи ”*пере-*живаемой” и находя выражение (и в этом смысле — высказывание) в различных симптомах, не является “знаемым”, то есть осознаваемым событием.

С этим положением, однако, спорит английский психоаналитик, много лет занимающийся проблемами психотерапии жертв инцеста Peter Dale, утверждающий, что, в соответствии с его обширным клиническим опытом, подавляющее большинство пострадавших от сексуального насилия в детстве всегда имеют осознанные воспоминания о травмирующем событии. Лишь небольшая часть из них обладают частичным знанием об инцесте, но в этих случаях присутствуют так называемые “возвратные воспоминания” о факте насилия, неподконтрольные сознанию [45]. С точки зрения P.Dale, проблема заключается не в отсутствии осознанных воспоминаний, а в тех трудностях, с которыми клиент сталкивается, пытаясь рассказать терапевту об инцесте. “Чувство стыда, страх встречи с собственным гневом, виной, тошнотой, ожидание от терапевта отвращения, недоверия, отвержения препятствуют этому,” — пишет P.Dale (там же, с. 458).

Кроме того, по данным ряда авторов, приводимых у C.Cahill et. al. [27], многие жертвы сексуального насилия вообще не связывают свои психологические проблемы с фактом инцеста.

Таким образом, материал, касающийся насилия, пережитого в детстве, может быть по той или иной причине недоступен терапевту, причем на это указывают и последователи психодинамической школы, и специалисты в области экзистенциальной терапии, и когнитивисты.

Каковы же пути для решения этой проблемы? Отметим на наш взгляд наиболее удачные и перспективные предложения, существующие в литературе на сегодняшний день. Так, анализ данных анонимных социологических опросов позволил Herman и Hirschman в 1981 году выделить и описать основные “группы риска” в отношении сексуального насилия, пережитого в детстве [34]. Представительницы этих групп (данное исследование касалось женщин — жертв инцеста), как считают авторы, должны быть обязательно опрашиваемы относительно наличия фактов насилия, так как вероятность, что таковые имели место, в этих группах намного выше среднестатистической. Авторы исследования выделяют следующие группы: женщины — жертвы хронической сексуальной и/или физической травматизации во взрослом возрасте (например, пострадавшие от нескольких изнасилований или жертвы так называемого домашнего насилия, а также женщины, демонстрировавшие в детстве и подростковом возрасте такое девиантное поведение, как побеги из дому); женщины, страдающие от алкогольной или наркотической зависимости; женщины, чьи матери страдали от тяжелого соматического заболевания или длительно отсутствовали дома; усыновленные или взятые на воспитание третьим лицом в раннем детстве.

Тщательная регистрация и дальнейшее изучение специфики поведения и характерных особенностей ведения беседы тех консультантов, чьи клиенты рассказывали о фактах насилия, позволили Josephson и Fong-Beyette [38] сформулировать основные правила, помогающие специалисту идентифицировать наличие сексуальной травматизации в детстве. Авторы рекомендуют:

* напрямую спросить о наличии фактов насилия в детстве;
* использовать специализированный структурированный опросник, реконструирующий ранний сексуальный опыт;
* упомянуть, что симптомы, проявляемые клиентом, у других клиентов спровоцированы инцестуозным опытом;
* сформулировать в процессе беседы четкое определение инцеста;
* спросить клиента о самом приятном и самомом неприятном опыте детства;
* настойчиво исследовать историю жизни клиента на предмет наличия в ней фактов насилия.

Нам представляется, что помимо таких прямых, “лобовых” методов, значительную роль в диагностике фактов насилия могли бы сыграть проективные, в частности, рисуночные методы, дающие возможность “рассказать о невысказанном” невербальным способом. Кроме того, очевидно, что методы, предлагаемые Josephson и Fong-Beyette, требуют виртуозного владения техникой клинической беседы и в руках непрофессионала могут стать источником дополнительной травматизации. Мы имеем в виду феномен, обсуждение которого приняло в современной западной литературе широкий размах и открытие которого вносит дополнительные нюансы в проблему идентификации фактов насилия, пережитого в детстве. Речь идет о “синдроме ложной памяти” (False Memory Syndrome, FMS), обнаруженном британским психоаналитиком J.Freyd [49].

Имеется в виду феномен возникновения у взрослого человека в процессе психодинамической психотерапии воспоминаний о совершенном над ним в детстве сексуальном насилии, в котором виновен один из родителей. При этом к FMS относятся только те случаи, когда воспоминания возникают впервые в жизни и родители, да и вся социальная и психологическая ситуация развития ребенка, полностью отрицают возможность насилия.

В настоящее время причиной возникновения FMS считается низкая компетентность или неаккуратность психотерапевта, например, бессознательно демонстрирующего желательность таких воспоминаний. Иногда стремление клиента соответствовать ожиданиям терапевта так велико, что он с готовностью “продуцирует” такие воспоминания. Возможность возникновения ложных воспоминаний продемонстрировали исследования Loffus и Harvey (1993), моделирующие подобную психотерапевтическую ситуацию. В них специально проинструктированные терапевты рано или поздно добивались возникновения FMS у клиентов, в качестве которых в этих исследованиях выступали студенты, обучавшиеся психоанализу.

И снова обнаруженный феномен ставит перед исследователями новые вопросы скорее, чем дает ответы на уже поставленные. Величайшей сенсацией и важнейшим открытием назвал И.С.Кон [5] происшедшее в последние годы развенчание мифа о том, что эбьюз, и, в частности, инцест имеет место только в социально неблагополучных семьях. По мнению Кона, именно этот миф заставил З.Фрейда назвать “фантазмами” то, что в действительности происходило в состоятельных венских семьях конца прошлого века. Совращение несовершеннолетних, сексуальные домогательства существуют и всегда существовали на всех социоэкономических уровнях, считает И.С.Кон.

С этой точки зрения можно поставить под сомнение ложность возникающих у клиента воспоминаний, так как можно предположить, что психотерапевт, обнаруживающий воспоминания об инцесте, и встречающийся с родителями пациента, чтобы прояснить ситуацию, скорее, по сложившейся традиции, поверит респектабельным родственникам, нежели “больному”, пришедшему за психотерапевтической помощью.

Итак, ответить сегодня на вопрос о наличии или отсутствии в анамнезе клиента факта насилия чрезвычайно затруднительно до тех пор, пока он сам не сообщит об этом, да и после этого у терапевта остается вопрос ”верить - не верить”. Не умаляя важности этой проблемы и отмечая необходимость развития психодиагностического аспекта в изучении эбьюза, зададимся вопросом: а так ли необходимо для помогающего специалиста знать о действительном наличии факта насилия?

И одна из позиций по этому вопросу, определившихся в последние годы, гласит - нет, не надо. В задачи психотерапевта не входит идентификация наличия или отсутствия фактов насилия, это, скорее, находится в компетенции специалистов иного профиля. Не стоит для терапевта и вопрос “верить или не верить клиенту”. Значение имеет лишь тот факт, что некие события в жизни человека, обратившегося за помощью, имеющие отношение к раннему детству, были запечатлены как насилие, в том числе и сексуальное; и если в интрапсихической реальности субъекта существуют переживания (и воспоминания!) такого рода, значит, психотерапевту неминуемо придется работать с его последствиями, независимо от того, что происходило на самом деле (Е.Т.Соколова, [21].

На наш взгляд, данный подход является гуманистическим, “человеко-ориентированным” в широком смысле этого слова, так как сконцентрирован прежде всего на собственной внутренней реальности человека, его переживаниях, в противовес методичному, по крупицам, восстановлению действительной истории жизни, традиционно принятому в классическом психоанализе.

### §2. Место насилия в этиологии личностных расстройств.

Отсутствие четкого определения эбьюза, дифференцированных критериев, отделяющих насилие от не-насилия, или, по выражению И.А.Алексеевой (1997), “адекватного и социально приемлемого воспитательного воздействия на ребенка”, порождает не только методологические проблемы, но и множество других, не менее актуальных.

Поскольку не существует ни единой теоретической парадигмы, ни единой исследовательской линии изучения насилия, различие точек зрения зачастую обусловлено разницей в терминологии и описываемой феноменологии, тогда как за пределами внимания остаются базовые, синдромообразующие факторы.

Большой интерес в настоящее время вызывает у исследователей **вопрос о месте насилия в этиологии личностных расстройств различного генеза**.

Дискуссия на эту тему развивается в двух направлениях. С одной стороны, все больше появляется эмпирически верифицированных данных о ведущей роли насилия, перенесенного в детстве, в формировании тех или иных душевных болезней. С другой стороны, все более ясным становится то, что сама природа эбьюза многолика, феноменология - неспецифична, и вряд ли изучение сексуального и физического насилия (child sexual and physical abuse), с которых и начиналось становление этой проблематики в психологии и психотерапии, даст полную картину этиологии и генеза нарушений.

Выделение категории психологического, или эмоционального насилия (кстати, сделанное в одно и то же время разными авторами независимо друг от друга, как часто бывает, когда идея, что называется, “висит в воздухе”, вспомним хотя бы эволюционный закон Дарвина - Уоллеса), дало чрезвычайно много для прояснения, уточнения и классификации различных форм детского эбьюза.

Достаточно присмотреться повнимательнее к любой ситуации, в которой фигурирует насилие, чтобы стало очевидным, что опыт жертвы в каждом из этих случаев оказывается многомерным, мультимодальным. Можно сказать, что всякая жертва переживает “много насилий сразу”, и агрессор (насильник) оказывает сочетанное, множественное воздействие.

Так, для детей, страдающих от инцеста, неизбежным является сопутствующее ему разрушение семейной любви и доверия, манипуляторское отношение, а зачастую и запугивания со стороны родителя-насильника, квалифицируемые как психологическое насилие, тогда как дети и взрослые - жертвы изнасилования, например, часто переживают и физическое насилие (избиение) и эмоциональное (угрозы убить или покалечить).

M.Chang и F.Leventhal, исследующие феномен “домашнего насилия” (battering) по отношению к женщинам, считают, что помимо сексуального принуждения, к менее заметным формам сексуального насилия относятся унижение, соблазнение, манипуляторское отношение. Эти авторы вводят категорию финансового, или экономического насилия, существующего, по мнению исследователей, на всех социально-экономических уровнях. Экономическое насилие квалифицируется в том случае, если женщина вынуждена быть единственной финансовой опорой для семьи, но к этой же категории относятся ситуации, когда женщине препятствуют в том, чтобы иметь или зарабатывать собственные деньги, нести в семье какую-либо финансовую ответственность [41]. Кроме того, уже упоминавшийся английский исследователь проблемы сексуального насилия в семье Peter Dale полагает, что в основе любой формы насилия, в том числе и сексуального, лежит насилие эмоциональное, депривация, отвержение, которое автор называет “особенно коварным” и “причиняющим значительный ущерб развитию личности и формированию копинговых механизмов” [45].

Возвращаясь к вопросу о месте насилия в этиологии личностных расстройств, отметим, что, несмотря на то, что исследователи в последние годы почти единодушны в признании травматического опыта подобного рода важнейшим этиологическим фактором в развитии, в частности, пограничного личностного расстройства, дискуссии исследователей в этой области также не прекращаются.

Обнаружение того факта, что в анамнезе лиц с пограничным личностным расстройством значимо чаще, чем в анамнезе страдающих другими патологиями встречаются факты сексуальной травматизации и жестокого обращения в детстве (что подтверждено исследованиями с применением контрольных групп), ознаменовало новую веху в изучении пограничной патологии и усилило интерес исследователей к проблеме сексуального и иного насилия в семье.

Факты наличия в анамнезе пограничного пациента инцеста или интенсивных телесных наказаний даже потеснили суицидальное и парасуицидальное поведение, традиционно занимавшие в иерархии диагностических признаков пограничного личностного расстройства одно из ведущих мест и считавшиеся его “визитной карточкой”.

Как отмечает Th.R.Giles et al. [29], “распространенность факторов сексуального насилия в анамнезе пациентов, страдающих пограничным личностным расстройством, такова, что на нее просто невозможно не обратить внимание как на важный, а возможно, и ключевой фактор в этиологии данного расстройства” (с.215).

Так, в исследованиях Stone (1981), 75% пациентов с пограничным личностным расстройством сообщают о фактах инцеста. Bryer, Nelson, Miller и Kroll (1987) отмечают, что сексуальное насилие в детстве пережили 86% опрошенных больных с этой патологией, по сравнению с 21% больных с другими патологиями. По данным Herman (1986), от 67% до 76% пограничных пациентов имеют в анамнезе случаи инцеста по сравнению с 26% больных другими расстройствами. В исследовании Ogata et al. (1986) обнаружено, что в экспериментальной группе пациентов с пограничным личностным расстройством 71% имеют случаи сексуального насилия в детстве, тогда как в контрольной группе больных эндогенной депрессией эта цифра составляет лишь 21% *(данные приведены в [28])*.

Таким образом, в настоящее время у исследователей этой проблемы практически не осталось сомнений в том, что пережитое в детском возрасте насилие специфическим образом связано с формированием определенного круга личностных расстройств. Однако мнения относительно видов и форм насилия, влияющих на развитие ребенка, разноречивы. Так, было обнаружено, что физическое насилие (избиение, телесные наказания) встречается в анамнезе больных с пограничным личностным расстройством также значимо чаще, чем у больных с другими патологиями (Herman (1989) приводит цифры, соответственно, 71% и 30%). Weston et al. (1990) обнаружил высокую корелляцию между наличием фактов сексуального и физического насилия в детстве. Однако ряд авторов утверждает, что лишь сексуальное насилие, пережитое ребенком, специфическим образом связано с формированием пограничной личностной структуры, но не сочетание физической и сексуальной травмы ([27], [28]).

В силу сложности диагностики фактов насилия, опасности “вторичной виктимизации” испытуемых, связанной с реконструкцией раннего детского травматического опыта, а также различных теоретических ориентаций исследователей, вряд ли можно предположить, что верифицированная эмпирическими исследованиями истина будет установлена скоро.

На наш взгляд, несоответствие данных эмпирических исследований не случайно, а закономерно. Мультимодальная природа насилия не позволяет останавиться на инцесте, как на единственном этиологическом факторе пограничного личностностного расстройства. Скорее, этого также “заслуживают” и уже выделенные в литературе формы насилия, и возможно, те, что еще будут описаны.

Как отмечает И.С.Кон [5], субъективные реакции детей на сексуальное совращение неоднозначны, и если 52% американских студентов, имевших такого рода опыт, восприняли его отрицательно, то 48% - нейтрально и положительно. Кроме того, ребенок далеко не всегда является лишь пассивным объектом сексуальных домогательств. Некоторые рано развившиеся дети сами провоцируют и поощряют взрослых к эротическим контактам. И, наконец, при решении вопроса о том, является ли интимный контакт травматичным для ребенка, И.С.Кон рекомендует учитывать весь комплекс факторов, в частности, возраст ребенка, наличие факта грубого насилия, наличие переживаний страха, паники, боли у ребенка и т.д.

Кроме того, признание насилия важным этиологическим фактом в развитии пограничного личностного расстройства еще не отвечает на вопрос о месте эбьюза в развитии различных психических заболеваний. Хорошо известно, что пограничное личностное расстройство — патология изменчивая, трудно диагностируемая, и, что немаловажно, характеризующаяся огромным количеством коморбидных психических патологий, среди которых различные авторы указывают аддикции, тревожные расстройства, пищевые патологии (булимия и анорексия), амбулаторную шизофрению, нарциссическое и антисоциальное личностные расстройства и ряд других [10]. Существуют данные, указывающие на коморбидность пограничного личностного расстройства и клептомании, а также некоторых видов диссоциативных личностных расстройств.

Исследования последних лет показали, что этиология множественного личностного расстройства, при котором “субъект имеет несколько отчетливых и раздельных личностей, каждая из которых определяет характер поведения и установок за период времени, когда она доминирует” (Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок, 1994, с.453), прослеживается в раннем детском опыте интенсивного длительного насилия, причем последнее может быть как физическим, так и психологическим.

В этом случае жертва сталкивается прежде всего с неизбежностью повторения травматической ситуации, и возникает необходимость выработки защитной адаптивной стратегии, в буквальном смысле “стратегии выживания”. Такой защитой для личности становится диссоциация. Так как тело подвергается насилию, и жертва не в состоянии предотвратить это, единство личности сохраняется путем отщепления Я от собственного тела (B.Bernstein, F.Levy, [41]). Результатом становится переживание “оцепенения”, “омертвения”, дереализация (ощущение нереальности происходящего) и частичная амнезия. Этот процесс напоминает описанный Р.Д.Лэнгом модус поведения ребенка-шизофреника в семье — “стратегию, придуманную человеком для того, чтобы жить в непригодной для жизни ситуации” ([16], с.297). Описывая “расщепленное самобытие” шизофреника, Р.Д.Лэнг отмечает его основную характеристику как “стремление умереть, чтобы выжить”. Следствием этого часто бывает низкий “барьер проницаемости” вплоть до способности “стать тем, что воспринимаешь”.

Как психологическое насилие можно квалифицировать и ту ситуацию, в которой оказывается ребенок в семье с аддиктивным поведением, например, в семье, где один или оба родителя — алкоголики или наркоманы. Психический статус ребенка при этом определяется паттерном зависимости от компульсивного поведения родителей, формирующимся как следствие попыток ребенка обрести безопасность, сохранить собственную идентичность и самоуважение. Этот паттерн получил название “со-зависимость” (co-dependence).

Ребенок, пытаясь взять на себя решение семейных проблем, отрицает свои собственные потребности. В результате он становится зависимым от потребностей, желаний, надежд и страхов семьи. Такие условия не позволяют ребенку чувствовать себя в безопасности, испытывать безусловную любовь, вести себя спонтанно. Для того, чтобы удержать внимание взрослого на себе, ребенок прекращает выражать собственные потребности и становится со-зависимым [41]. Результатом такой формы родительского отношения исследователи называют хрупкость и проницаемость границ Я, обесценивание чувств (и утрату способности их выражать!) и нарушение способности к установлению эмоциональной близости.

Таким образом, очевидно, что феномены психологического насилия, к которым в настоящее время относят неадекватные родительские установки, эмоциональную депривацию и симбиоз, унижение и угрозы, словом, все, что разрушает отношения привязанности, или, напротив, насильственно их фиксирует, играют ничуть не менее важную роль в этиологии личностных расстройств. Как отмечает Е.Т.Соколова [21], “... до сих пор ранее указанные феномены родительского отношения не получали столь “острой” трактовки. Сегодня, особенно в свете накопленного опыта психотерапевтической работы их репрессивная, насильственная природа кажется достаточно очевидной. Всякий раз, когда ребенок жертвует своими насущными потребностями, чувствами, мировоззрением, наконец, в угоду ожиданиям, страхам или воспитательным принципам родителя, будет иметь место психологическое насилие”.(с.147). Как полагает автор, феномены полярно-неадекватного родительствования — эмоциональная депривация и симбиоз — равно переживаются ребенком как потеря или насилие.

Лишение родительской любви в младенческом и отроческом возрасте, с одной стороны, способствует развитию неутолимого эмоционального голода, а с другой — неумолимо искажает формирующийся образ Я. Нестабильность и “ненадежность” эмоциональных отношений делает перцептивный, эмоционально-чувственный образ Другого неконстантным, “флуктуирующим” в восприятии ребенка от “тотально плохого” (отвергающего и наказывающего) к “тотально хорошему” (любящему и принимающему) или навсегда становится чужим и потенциально угрожающим.

В ситуации депривации малыш, активно исследующий окружающий мир и испытывающий потребность в поддержке взрослого, обнаруживает лишь пустоту, безразличие, неизвестность. Интериоризация подобных паттернов разрушенного эмоционального отношения приводит к формированию широкого круга психопатологий, центральными переживаниями в которых являются страхи потери, смерти, пустоты.

“Крайним выражением” эмоциональной депривации становится для ребенка сексуальное насилие со стороны близких, создающее еще более благоприятные условия для развития “расколотой” картины мира, расщепленного образа Я. “Осколоки” потрясенного мировосприятия остаются в качестве отставленных во времени последствий посттравматического стресса”. — констатирует Е.Т.Соколова ([21], с.169). “Эмоционально голодный”, ищущий поддержки и “подпитки” ребенок в случаях инцеста зачастую не способен распознать эротическую природу проявляемого к нему интереса. Этому препятствует психологическая зависимость ребенка от “объекта”, сильная потребность в любви и принятии, хрупкость и проницаемость границ Я. И, наконец, будучи осознанными, акты соблазнения и сексуального посягательства могут переживаться ребенком как выражение обретенных внимания, признания, любви, а возникающие при этом чувства страха, гнева, унижения — как необходимая “плата” за любовь Другого.

Как полагает Е.Т.Соколова, другая форма неадекватного родительствования — эмоциональный симбиоз — будучи абсолютно противоположным паттерном взаимоотношений, приводит к таким же искажениям образа Я, как и депривация. Симбиоз представляет собой экстремальную форму взаимозависимости, связанной с переживаниями полного “слияния” и “растворения” в Другом, когда границы Я утрачиваются. У участника симбиотических отношений отсутствует потребность в собственной индивидуальности, так велико его желание “утонуть” в Другом. Симбиотическая связь матери и ребенка характеризуется отсутствием, стиранием в сознании родителя границ между “Я” и “моим ребенком”. Однако, если ребенок оказывается “не таким”, “плохим”, то родитель отвергает эту часть Я, отторгает ее, будучи не в силах принять мысль “Я — плохой, так как часть меня — плохая”. При этом затрудненным оказывается вторичное, “когнитивное” самоопределение, так как ответить на вопрос “Кто я?” можно, только отделяя и отличая от Другого себя и свои границы. Такой тип взаимоотношений порождает импульсивную предельную открытость границ и провоцирует любое вторжение Другого — физическое, сексуальное, психологическое. Само вторжение так же, как и в предыдущем случае, может переживаться не только как собственно насильственный акт, но и как желанное заполнение интрапсихического “вакуума”, обретение объекта для слияния.

Таким образом, наиболее распространенные формы неадекватного родительского отношения — эмоциональная депривация и эмоциональный симбиоз — не только оказывают исключительно неблагоприятное воздействие на формирующийся образ Я и картину мира ребенка, но и создают психологический базис, особую “перцептивную готовность” для других форм вторжения, в частности, физического и сексуального.

Итак, независимые исследования, проводящиеся в различных школах, дают многообразную картину патологий (пограничное личностное расстройство, множественное личностное расстройство, созависимость, депрессия), в происхождении которых “виновата” та или иная форма насилия, пережитого ребенком в детстве.

Нам видится, что пестрота этой картины во многом обусловлена описательным подходом, отсутствием попыток выделить базовые факторы, лежащие в основе вышеназванных расстройств. Однако если исходить из гипотезы о существовании единого синдрома зависимости, являющегося системообразующим радикалом личностных расстройств, то становится понятным многообразие патологий, и различные варианты самого феномена эбьюза удается объединить под одним знаменателем ([20], [21]).

Действительно, зависимость - одно из базовых переживаний человека, особенно цивилизованного, занимающее важное место в его психической жизни. Новорожденный полностью зависит от матери, хотя и не осознает этого, и нарушения этой зависимости имеют серьезные последствия для его психической жизни, такие как ранний детский аутизм. Впоследствии отношения приобретают совершенно новое звучание для подростка, пытающегося “отделиться” от близких, сохранив их любовь и привязанность. Для женщины в семье вопрос о зависимости/независимости превращается в трудный выбор между ролью послушной домашней хозяйки и успешной в карьере деловой женщины, причем актуализация в нашей стране феминистского движения демонстрирует, что выбор все чаще делается в пользу независимости. До последнего времени иметь независимое мнение по тому или иному общественно-политическому вопросу значило подвергнуться публичной обструкции.

Выборы, которые мы совершаем ежедневно, зачастую зависят от того раннего детского опыта, который у нас имеется. И если эмоциональные отношения, в которые был включен ребенок, осуществлялись по принципу нажима, давления, подчинения, то удивительно ли, что, интериоризировавший тот или иной паттерн “жертвы” в детстве взрослый мужчина делается зависимым от коллективного мнения, а зрелая, дееспособная женщина — от материально обеспечивающего ее мужа?

Однако все это — поведение в рамках нормы. А если кроме родительского давления ребенку довелось пережить эксвизитные формы насилия, такие как инцест или избиение, и если ситуация давления стала хронической, превратилась в ситуацию развития?

Вследствие этого формируется особая личностная организация (а именно — пограничная личностная структура), характеризующаяся диффузной самоидентичностью, полезависимым когнитивным стилем, зависимостью самооценки от оценок значимых других и т.д., что доказано рядом эмпирических исследований. Ведущий защитный механизм личности — расщепление — позволяет сосуществовать во внутренней ткани самосознания голосам хрупкого, слабого, зависимого Я, и агрессивного, грандиозного Я, причем в зависимости от внешних условий, может актуализироваться как позиция “жертвы”, “слабенького”, “маленького”, так и позиция агрессора, “преследователя”, “палача”.

С этой точкой зрения неожиданно перекликается позиция современного психоанализа, полагающего, что этиология такого психосексуального расстройства, как садомазохизм, коренится в опыте насилия в детстве. Ребенок интериоризирует паттерн отношений “насильник - жертва”, который фиксируется на физиологическом уровне, так что базовые потребности можно удовлетворить, только или переживая насилие, или насилуя [47]. Не противоречат этому и данные, полученные в ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского, при изучении “феномена Чикатило” и ему подобных. В анамнезе серийных убийц превалируют случаи жестокого обращения и сексуального насилия, пережитого ими в детстве [5].

Итак, сформировавшийся синдром зависимости, характеризующийся предельной открытостью, неструктурированностью и проницаемостью границ “Я”, манипулятивным стилем отношений, зависимостью самооценки от оценок значимых Других и подкрепляемый ненасыщаемой у пограничных личностей аффилиативной потребностью (крайний вариант, садисты-убийцы, часто сообщают о “ненасытном голоде”, вечном поиске удовлетворения, толкающем их на новые преступления), настойчиво требует объекта, ищет и находит его [21]. Неудовлетворенный эмоциональный голод в сочетании с виктимной личностной организацией провоцирует неразборчивость, психологическую “всеядность” в контактах, и делает поведение потенциальной жертвы провоцирующим агрессора.

Таким образом, на наш взгляд, единый смысл, единую природу, имеют такие расстройства, как алкогольная и наркотическая зависимость, пищевые аддикции (в этих случаях объектом зависимости становится не другой человек, а определенное химическое соединение, пища или собственный искаженный образ физического Я), “порочный круг” привязанности женщины к истязающему ее мужу, преданность идее у последователей деструктивных культов, феномен повторяющегося изнасилования, когда жертва систематически подвергается сексуальным атакам... Это подтверждает и тот факт, что в любом из вышеназванных случаев жертва, будучи избавленной от власти и насилия агрессора, будь то муж — садист или духовный наставник секты, переживает чувство покинутости, растерянности, беспомощности, которые часто перерастают в длительную депрессию.

### §3. Насилие и этапы личностного развития.

Еще один спорный, сложный, далекий от разрешения вопрос в данной проблематике — **вопрос о соотношении насилия и этапов личностного развития.**

Если такой огромный процент детей и подростков подвергается насилию в той или иной форме, то значит ли это, что мы имеем дело с “поколением жертв”, тотально страдающем от тех или иных расстройств?

На этот вопрос нельзя дать однозначного ответа.

С одной стороны, очевидно, что едва ли не каждый из нас испытал на себе влияние тех или иных неадекватных родительских установок: отвержение, или наоборот, чрезмерной привязанности. При этом кому-то досталось больше, кому-то — меньше, и кто-то оказался более устойчивым к этим воздействиям. При расширительном толковании термина “пограничное личностное расстройство”, когда речь идет прежде всего об особой личностной организации, можно предположить, что носителей такой структуры личности гораздо больше, чем известно статистике.

С другой стороны, не следует забывать о существовании копинговых механизмов, которые, видимо, и позволяют многим и многим детям, не смотря ни на что, адекватно развиваться.

Кроме того, не вызывает сомнений, что любая ситуациянасилия, в которой оказывается ребенок, носит полифакторный характер, и вопрос о том, будет ли происшедшее переживаться как травма в дальнейшем, решается в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка, условий, в которых протекает его развитие, характера воздействия, и многих других факторов.

Вопрос о влиянии насилия на личностное развитие ребенка — это, прежде всего, вопрос о времени, то есть о возрасте ребенка, на который “попадает” насилие. Установлено, что только к 4-5 годам физическое развитие ребенка достигает того уровня, когда он становится способным представлять сексуальный интерес для взрослого. Случаи сексуальных домогательств и физических атак по отношению к детям младшего возраста фиксируются достаточно редко (Е.И.Цымбал и др., 1997, цит. по [5]).

Ряд исследований, основывающихся на сведениях, поступающих из кризисных центров, центров помощи пострадавшим от насилия, и подобных учреждений, дает некоторое представление о том, какой возрастной период является наиболее виктимным. К сожалению, нам не удалось обнаружить исследований, которые, наряду с вопросом “когда” пытались бы ответить на вопрос “почему”. Однако авторам этих работ удалось сделать ряд важных наблюдений, касающихся соотношения вне- и внутрисемейного насилия. Так, установлено, что с увеличением возраста жертвы возрастает вероятность подвергнуться сексуальному насилию со стороны малознакомых людей, сверстников, одноклассников, но снижается опасность совращения членами семьи (Л.П.Конышева, 1988, цит. по [5]).

Сравнительное изучение статистических данных по внутри- и внесемейному насилию показало, что средний возраст жертв инцеста составляет 6-7 лет, тогда как средний возраст пострадавших от изнасилования значительно выше — 13-14 лет (там же).

На сегодняшний день не существует исследований, которые задавались бы вопросом о наличии связей между этими двумя группами, хотя гипотеза о такой связи существует. Пока основной интерес помогающих специалистовсводится к тому, *когда, как, кем* было совершено насилие, *каковы* его *последствия* для пострадавшего, и *каковы возможности* оказания жертве не только психотерапевтической, но и медицинской, правовой и другой помощи. Как неоднократно отмечалось на прошедшей недавно в Москве Всероссийской научно-практической конференции “Дети России: насилие и защита”, это связано прежде всего с тем, что структура реабилитационной помощи жертвам насилия не проработана ни в юридическом, ни в социальном, ни в психотерапевтическом аспекте.

На наш взгляд, качественное изучение анамнеза пострадавших от насилия (для которого нужны, как уже говорилось, качественно иные методы диагностики!) могло бы дать много нового для понимания проблемы.

Если виктимность личностной организации становится причиной систематического попадания в ситуации насилия, то в истории жизни жертвы должны скрываться факты, обуславливавшие такую виктимность, то есть факты внутрисемейного насилия. Если это так, то среди 13-14 летних подростков — жертв изнасилования, значительную часть должны составлять те, кто в более раннем возрасте пережил сексуальное, а возможно и не только сексуальное насилие в семье.

Кроме того, важно отметить, что полученные средние цифры нельзя считать абсолютно достоверными, так как практика работы кризисных центров и психотерапевтическая практика показывают, что пострадавшие от изнасилования и члены их семей значительно чаще обращаются за помощью, чем жертвы инцеста. Последние часто испытывают не только стыд, но и страх наказания за раскрытие семейной тайны.

Тем не менее, становится все более ясным, что дошкольный и подростковый возростные периоды являются “возрастами риска” в отношении насилия. К 15-17 годам вероятность стать жертвой сексуального насилия снижается в 4 раза, к 18 годам — в 10 раз.

Что же делает подростков и дошкольников такими уязвимыми к насилию? Вероятнее всего, оба этих возраста обладают какими-то общими, объединяющими их признаками. Рассмотрим их поподробнее.

Прежде всего, оба этих периода являются *критическими* в развитии ребенка (Л.С.Выготский, т.4, [3]), причем с 4 до 16 лет это два основных кризиса, характеризующиеся формированием ряда новообразований. Как отмечал Л.С.Выготский, для кризисов развития характерны “резкие сдвиги и переломы в личности”, когда за чрезвычайно короткий срок ребенок меняется весь в целом. Не вызывает сомнения, что переживание кризиса, формирование новообразований дисгармонизирует личность маленького человека, делает его более сензитивным, хрупким, виктимным.

Это, во-первых, само по себе может становиться провоцирующим фактором, ведь поведение ребенка к семи годам резко меняется — появляется манерность, капризность, обидчивость. Подобные по структуре изменения, как известно, происходят и в период пубертатного криза.

Кроме того, жестокое обращение или сексуальная травматизация в этот период, вероятнее всего, окажут куда более разрушительное воздействие, чем в период относительной эмоционально-личностной стабильности.

Следующий фактор — *изменение телесного облика.* Очевидно, что пубертатный период — время значительных и интенсивных телесных изменений, иногда оказывающихся неожиданными не только для самого подростка, но и для окружающих его людей. Развитие вторичных половых признаков может придавать облику подростка не только свойственные этому периоду угловатость и нескладность, но и сексуальную привлекательность.

Кризис 7 лет также характеризуется сильными физиологическими изменениями (изменяются пропорции тела, которые становятся более гармоничными и более близкими к пропорциям тела взрослого человека, формируются тонкие функции анализаторов.

И, наконец, *личностные изменения*. В возрасте 6-7 лет поведение ребенка теряет непосредственность. В поступках появляется интеллектуальный компонент. Фигура взрослого для него приобретает значение старшего товарища,учителя, и на первый план выходит собственно интерактивный смысл общения, в отличие от других периодов (М.И.Лисина, [15]).

Хорошо известно, что в подростковом возрасте общение становится ведущей деятельностью, и доверительные отношения со взрослым приобретают совершенно особое значение.

Таким образом, с дошкольного возраста по подростковый включительно в жизни ребенка начинается новая эра, знаменующаяся изменениями телесного облика и постепенным выдвижением на первый план категории общения. Можно сказать, что, начиная с 5-6 летнего возраста ребенок как бы делается более яркой, заметной фигурой как внутри семьи, так и вне ее. В этот период он особенно нуждается во внимании и одобрении взрослого, и это внимание не всегда носит безобидный характер.

Для ребенка - дошкольника мир все еще ограничен рамками собственной семьи, тогда как подростку эти рамки становятся тесны, и, очевидно, в поисках независимого авторитета у подростка повышаются шансы столкнуться с ситуацией внесемейного насилия.

Отметим также, что общими чертами всех возрастных кризисов, по Л.С.Выготскому, являются непокорность и непослушание. В связи с этим нам кажется целесообразным выделить еще одну возможную тенденцию в поведении взрослого. Речь идет о ситуации, когда глубокие изменения в личности, характере и поведении ребенка провоцируют взрослого не на проявление сексуального интереса (которое самим насильником может переживаться как одобрение, поддержка, позитивное внимание), но актуализируют стремление перевоспитать, переделать, исправить.

Это, в частности, те воспитательные установки, которые описываются в работах исследователей детских неврозов [19].

Так, В.И.Гарбузовым описано “воспитание по типу А”, или эмоциональное отвержение. Для него характерна манипуляторская позиция родителя, настроенного на “улучшение”, “ломку” врожденного типа реагирования, неприятия индивидуальных особенностей ребенка, жесткий контроль, дисциплина, регламентация жизни сына или дочери, навязывание “единственно верного”, с точки зрения родителя, способа поведения.

В связи с такой родительской установкой часто школьному психологу предъявляется выраженный в той или иной форме запрос на “коррекцию”, то есть исправление, изменение нежелательных родителю черт ребенка.

Другой, не менее опасный, вариант — гиперсоциализирующее воспитание, или воспитание по типу Б, характеризуется тревожно-мнительной концентрацией родителя на всех социальных проявлениях ребенка: успеваемости в школе, спортивных достижениях, статус среди товарищей и т.п. Такие родители ожидают успехов ребенка в учебе, стремятся к его всестороннему развитию, но недооценивают или вовсе не учитывают реальные психофизические возможности ребенка.

Опираясь на исследования калифорнийской школы Пало-Альто, Е.Т.Соколова описывает еще один тип родительского отношения. Это воспитание по типу “маленький и плохой”, или инвалидизирующее отношение. В этом случае родитель видит ребенка младше по сравнению с реальным возрастом, его интересы и увлечения кажутся родителю детскими, несерьезными. Ребенок видится не приспособленным, не успешным, открытым для дурных влияний, что приводит к отсутствию доверия и чувству досады у родителя [21].

Подобные воспитательные воздействия, квалифицируемые как психологическое насилие, в период кризиса могут переживаться ребенком особенно остро, травмировать особенно глубоко. Кроме того, не следует забывать, что для многих и многих родителей доктрина “кто жалеет розог, тот губит сына своего” все еще является непреложной истиной, и “дурное поведение” ребенка, неизбежное в период критических изменений, во многих случаях влечет за собой “дурное обращение” с ним, то есть телесные наказания.

Еще один фактор, нередко упускаемый из виду исследователями — это *фактор психосексуального развития ребенка*, которое иногда не соответствует календарному возрасту. В этих случаях не только возникший диссонанс развития может срабатывать как триггер, запускающий ситуацию совращения. Ребенок, обгоняющий в сексуальном развитии остальных, способен сам проявлять интерес к эротическому контакту, кокетничать, флиртовать, не ожидая, что таким образом спровоцирует акт насилия. Статистические данные показывают, что более 37% случаев насилия совершились при наличии любопытства, кокетливого поведения со стороны ребенка, вовлеченности в “игру” (В.В.Нагаев, 1997, цит. по [5]). При отсутствии понимания содержания совершаемых действий ребенок вполне способен понять их эмоциональный характер, воспринимая их либо как собственно грубое насилие (20% случаев), либо как позитивное внимание и интерес со стороны взрослого, собственную избранность и исключительность. То же касается и подростков, ведь зачастую осужденные за изнасилование обвиняют жертву в “излишней” женственности, кокетстве, зрелости форм, броскости одежды, которые по мнению насильника и явились действительными виновниками происшедшего.

Таким образом, вероятно, можно говорить о “сензитивных к насилию” периодах в жизни ребенка, когда анатомо-физиологические, гормональные, эмоционально-личностные и психосексуальные изменения делают жертву более травматизируемой. Эти периоды являются опасными в отношении как сексуального насилия, так и жестокого обращения с ребенком, телесных наказаний, и психологического насилия. Изменившийся телесный облик и поведение ребенка становятся провокативными не только для потенциального насильника, но и вызывают у родителей стремление немедленно исправить непослушное чадо, актуализируя те или иные воспитательные установки.

Другие возрастные периоды по статистике являются менее опасными для непосредственного насилия. На наш взгляд, это происходит в силу большей стабильности как раннего детского возраста, так и юношеского. Ранний возраст характеризуется, прежде всего, наличием необходимой для выживания ребенка симбиотической связи с матерью, что, безусловно, снижает вероятность использования его как сексуального объекта другими членами семьи. Кроме того, особая “детскость” телесного облика в этот период, фиксированность внимания ребенка на себе и окружающем мире, когда взрослый не воспринимается как субъект, делают вероятность сексуальных и физических атак еще более низкой. Это подтверждает и обыденная воспитательная практика — маленького ребенка легче и реже наказывают. Поздний подростковый и ранний юношеский возраст, напротив, характеризуются значительным возрастанием самостоятельности, независимости, способности защитить себя в трудной жизненной ситуации.

Однако, в связи со всем вышесказанным, возникает вопрос: каким образом насилие может играть одну из главных ролей в этиологии пограничного личностного расстройства, если теория объектных отношений традиционно считает возрастом формирования этой патологии период до года, то есть именно раннее детство?

Нам представляется, что это лишь видимое несоответствие. При распространенности пограничного личностного расстройства в популяции трудно поверить, что все эти люди во младенчестве подвергались телесным наказаниям и сексуальным атакам. Скорее, речь идет об иных, менее заметных формах насилия.

Так, в знаменитом сборнике исследований пограничной патологии, вышедшем под редакцией M.Stone ([48]), можно найти указания на то, что эротическая сверхстимуляция в раннем детском возрасте может быть причиной развития пограничной личностной структуры. М.Stone отмечает, что в основе пограничного личностного расстройства, кроме сексуальной виктимизации, могут лежать и другие, равнозначные факторы, такие как родительская жестокость и отвержение (M.Stone, 1986, c 412).

Действительно, в силу беспомощности и зависимости младенца родительское отношение к нему играет огромную роль в начальном периоде жизни. Основные типы искаженного родительского отношения — депривация и симбиоз — рассматриваются в настоящее время как психологическое насилие. Именно они, на наш взгляд, и ложатся в основу формирования виктимной личностной организации, которая вынуждает ее обладателя всю последующую жизнь вызывать на себя другие ситуации насилия.

J.Bowlby (1979), известный исследователь феномена материнской депривации, вводит термин “патогенное родительствование” (pathogenic parenting), определяя его как ключевой этиологический фактор невротических симптомов, личностных расстройств, семейных и супружеских проблем J.Bowlby выделяет следующие типы неадекватного родительского отношения:

1. Отсутствие родителя или отделение ребенка от родителя (при помещении в больницу, детское учреждение).

2. Отсутствие адекватного ответа на поиск заботы и привязанности, отвержение ребенка.

3. Угрозы покинуть ребенка, применяемые как дисциплинарная мера (родитель угрожает лишить ребенка своей любви, покинуть семью, совершить суицид и т.п.).

4. Провоцирование родителем чувства вины или переживания собственной “плохости” у ребенка. (При этом ребенок подвергается исключительной критике. Крайним вариантом является возложенная на ребенка ответственность за болезнь или смерть одного из родителей.).

5. Тревожная привязанность к ребенку, связанная с оказанием на него давления. Родитель (обычно мать) стремится таким образом стать единственным источником заботы в окружении ребенка.

Описывая пагубные последствия подобного родительского отношения, Bowlby отмечает, что “формирование той или иной психопатологии в этих случаях происходит, так как мир для таких детей всегда остается двусмысленным, неопределенным и всегда опасным” ([47]., с.45). Добавим, что и собственный внутренний мир ребенка, границы его тела, полоролевая идентичность также будут диффузными, размытыми, нечеткими, как в случае симбиоза с матерью, так и в случае отвержения.

Е.Т.Соколова [23] предполагает, что неразвитость или разрушение эмоциональных отношений с ближайшим семейным окружением может рассматриваться в качестве механизмов развития пограничной личностной структуры, причем неразвитость этих отношений лежит в основе психопатического варианта аномалий, а нарушения — в основе невротического варианта. Соколова выделяет два синдрома: синдром “аффективной тупости”, для которого характерны холодность, отсутствие чувства общности с другими людьми, ощущение себя неспособным строить отношения эмоциональной привязанности, и, как следствие, отвержение себя и других, и синдром ”аффективной зависимости”, которому свойственны ненасытная жажда любви, постоянный страх потерять объект привязанности, зависимость и тревожная неуверенность в себе и других.

Таким образом, любая ситуация насилия вряд ли является случайной для жертвы. Вероятнее, что она окажется подготовленной всей предыдущей историей жизни ребенка, и прежде всего — историей его детско-родительских отношений. Тем более, что ни одна эксквизитная форма насилия не изолирована от тех видов психологического ущерба, которые наносит патогенное родительствование. Следовательно, можно сказать, что каждый эбьюз есть сочетание различных вариаций насилия.

### §4. Поиск психотерапевтического подхода к работе с пережившими насилие.

И, наконец, последняя проблема в этой области, на которой хотелось бы остановиться - это **проблема поиска психотерапевтического подхода к работе с жертвами насилия.**

Научная дискуссия трех основных терапевтических школ, трех наиболее известных направлений - психодинамического, когнитивного и гуманистического - позволяет убедиться в наличие преимуществ каждой из названных ориентаций.Приэтом установки**,** используемые этими школами в работе с жертвами насилия, во многом различаются.

Одной из важнейших, насущных проблем в этой области, никогда не потеряющей свою актуальность, является задача помощи жертвам *непосредственного* насилия, будь то физическое или сексуальное. Особенно значимым это становится в том случае, если насилие переживает маленький ребенок, школьник — подросток, юная девушка. Как показывают эмпирические исследования, очень часто ситуация насилия воспринимается как катастрофа, событие, которое нельзя пережить [5]. Страх, тревога, подавленность, растерянность, гнев, отвращение — спектр наиболее часто встречающихся переживаний непосредственно после насилия. Выраженность эмоциональных переживаний зачастую очень высокая, и событие, как и его последствия, чрезмерно драматизируются ребенком.

Таким образом, перед помогающим специалистом встает задача любыми доступными способами оказать пострадавшему от насилия поддержку в период шока, смягчить остроту переживаний, сгладить их катастрофичность.

Последователи когнитивного направления в психотерапии традиционно фокусируют внимание на этой проблеме. Различные варианты когнитивной терапии — широко известная систематическая десенситизация, релаксационный тренинг и тренинг умений, имплозивная терапия и информационно-процессуальная модель подразумевают работу с процессами памяти, внимания, восприятия, воображения с целью изменить дезадаптивные когнитивные паттерны, иррациональные убеждения, негативные представления о самом себе.

Так, малоизвестная в нашей стране имплозивная терапия базируется на двухфакторной теории научения Mowrer [29]. В этом варианте когнитивной психотерапии терапевт выступает в качестве организатора и фасилитатора “поддерживающего окружения” для клиента, особого терапевтического контекста, в котором и разворачивается работа с симптомами посттравматического расстройства.

Направляемый и ободряемый терапевтом, клиент подробно и обстоятельно представляет себе все подробности стрессовой ситуации, причем так, как если бы это происходило “здесь-и-теперь”.

Предполагается, что на фоне эмоциональной поддержки реакции тревоги, паники, страха постепенно угасают естественным образом.

Безусловной заслугой когнитивистов является проведение статистически достоверных сравнительных исследований относительно того или иного терапевтического метода. Результаты этих исследований свидетельствуют, что разницы между различными когнитивно - ориентированными методами терапии PTSD не существует ( Frank et.al., 1988, цит. по [29]).

Применяемые в первые несколько месяцев после перенесенной травмы, когнитивные методы эффективны в работе с посттравматической депрессией, тревогой, страхами, паническими атаками, ночными кошмарами, избегающим поведением, связанным с пугающим объектом.

Таким образом, адекватность когнитивной терапии для непосредственных последствий насилия очевидна и не требует доказательств. Ее преимущества не только в высокой результативности, но и в краткосрочности (от нескольких сеансов до нескольких месяцев), что обеспечивает быстрое достижение необходимого результата, а значит, и быстрое облегчение страданий.

Однако, как хорошо известно, при работе с опытом жестокого обращения в детстве, инцестуозным опытом, на первый план выступают отставленные эффекты травмы. Применима ли в этих случаях когнитивная терапия?

Терапевты этого направления делают попытки работать с жертвами внутрисемейного насилия, однако в этих случаях выдержать краткосрочный формат терапии оказывается невозможным. Немногие попытки работы с жертвами инцеста в жанре бихевиоральной терапии (Rychpatrik et.al., 1984, цит. по [29]) имеют продолжительность от года до двух лет, то есть столько, сколько обычно длится экзистенциальная терапия или краткосрочная психодинамическая психотерапия.

Сторонники гуманистическойориентации, указывающие на актуальность для жертв насилия групповой психотерапии, считают важным не возвращаться к травматическому опыту в представлениях и не вербализовывать травматический опыт, а выразить любым другим способом - через рисунок**,** лепку, танец, вокализацию (F.Levy et al.,[41]). Невербальное творческое исследование травматической ситуации при наличии поддержки и одобрения со стороны других участников группы позволяет жертве выразить чувства гнева, утраты, стыда и не расплачиваться за это переживанием вины.

Blanche Evan, создатель метода танцевально-двигательной терапии жертв сексуального насилия, утверждает, что невербальные творческие способы работы с подобной травмой способствуют достижению “психофизического единства”, целостности, интеграции расщепленных частей “Я” жертвы. При этом, считают последователи этого направления, физические и психологические границы жертвы остаются неприкосновенными, что снижает риск вторичной виктимизации [41].

Однако при более глубоком анализе метода оказывается сомнительным, что глубинный “раскол” личности жертвы насилия мог быть преодолен столь легко. Критика этого подхода сводится к нескольким положениям. Во-первых, та свобода, непосредственность, отсутствие строгих правил, которые составляют основу гуманистического подхода, пережившими насилие могут восприниматься как неопределенность, вызывающая дискомфорт и тревогу. Ситуация неопределенности заставляет жертву насилия прибегать к спасительным, уже известным способам поведения — роли преследуемого или преследователя.

Кроме того, поскольку инцестуозные отношения в большинстве случаев скрываются, не признаются семьей потерпевшего, и существуют как нечто, маскируемое “семейными мифами“о заботе и любви членов семьи по отношению друг к другу, терапевтическая работа этого жанра может стать еще одной попыткой “не сказать“, сделать что-то, что не побеспокоит, не потревожит семейную мифологию.

Иногда единственный возможный выход для жертвы семейного насилия - сказать о происходящем вслух, назвать вещи своими именами и таким образом разрушить многолетний, иногда многопоколенный “заговор молчания“. Такую возможность представляет психодинамическая ориентация. Здесь важное место занимает процедура установления открытой коммуникации в противовес мета-коммуникации, четкое определение границ терапевтических отношений в противовес их размытости. Если эти границы не оговорены, отмечает Peter Dale [45], то клиент оказывается куда более хрупким, виктимным, сензитивным к любым терапевтическим воздействиям и склонным переживать ущерб.

Однако, все вышесказанное отнюдь не означает, что для помощи пережившим насилие насущно необходимо “рождение новой психотерапии”, без которой представители всех существующих на сегодняшний день терапевтических школ работают вхолостую. Подобная точка зрения, на наш взгляд, являлась бы спекулятивной и не отражала действительное положение дел.

Психотерапевтическая практика показывает, что в сфере работы с жертвами насилия эффективно используются различные варианты психодинамического и гуманистического подходов, методы когнитивной терапии и созданное на ее основе нейро-лингвистическое программирование.

Такой широкий разброс методов обусловлен, по нашему мнению, прежде всего, тем, что “точки приложения” каждого подхода, “фокусы” различных направлений, наконец, цели и задачи, встающие перед представителями упомянутых школ, сильно различаются. Так же, как и последователи когнитивного направления в психотерапии, гуманистически ориентированные терапевты эффективно справляются с непосредственными последствиями травмы насилия.

В этой области применяются различные варианты арттерапии, телесно-ориентированной, танцевально-двигательной терапии, психодрамы и гештальт-терапии, способствующие принятию страдания, интеграции его в собственный интрапсихический опыт после того, как травматические переживания лишаются своей разрушительной силы.

Несправедливым было бы заявление, что область применения гуманистической психотерапии к работе с жертвами насилия этим и ограничивается. Более отдаленные задачи этого направления — поиск и нахождение в травмирующем переживании творческой энергии, способной “переплавить” страдание в созидание самостоятельного творческого продукта.

Восприятие сексуального насилия как катастрофы, события, изменившего (или даже разрушившего) всю жизнь чаще всего свойственно детям иподросткам, подвергнувшимся насилию со стороны незнакомых людей с применением угроз и грубой силы [5].

В случае, когда ребенок совращен взрослым, вовлечен в инцестуозные отношения с одним из родителей или регулярно подвергается в семье жестоким телесным наказаниям, ситуация оказывается иной. Во-первых, амбивалентно само отношение ребенка к происходящему, которое может быть воспринято и как игра, и как наказание, и как проявление любви. Во-вторых, чаще всего в таких семьях существует запрет на разглашение уродливой семейной тайны.

Дети из таких семей редко попадают в поле внимания помогающих специалистов, и чаще всего, спустя много лет, под давлением психосоматических, межличностных и сексуальных проблем, появившихся уже во взрослом возрасте.

В этом случае мы имеем дело с отставленными последствиями насилия, пробивающимися сквозь колоссальные напластования психологических защит, актуализированных в детском возрасте, чтобы выжить там, где выжить невозможно, буквально “на руинах” семейного доверия и любви.

Жертвы хронического насилия, пережитого в детстве, часто не связывают собственные насущные проблемы с ранним опытом, тем самым провоцируя психотерапевта работать в ином направлении.

Сочетание неадекватного родительского отношения и эксвизитных форм насилия, как мы уже говорили, способствует формированию виктимной личностной структуры. В этом случае гуманистическая психотерапия, ориентированная на “здесь - и - теперь” и намеренно не затрагивающая глубинных пластов личности, оказывается неэффективной.

Напротив, психодинамический подход позволяет жертве хронического насилия, носителю и заложнику семейных мифов и тайн, начать трудный путь сквозь тернии болезненных воспоминаний к признанию очевидного и раздаче долгов фигурам прошлого. В этом случае уникальным оказывается опыт *про-говаривания* запретного, “вскрытия” семейной патологии. На терапевтическом сеансе “оживают” действительно тяжелые для клиента эпизоды личной истории, но оживают, не будучи завуалированными с помощью “двойных посланий” в своей, хоть и неприглядной реальности. Кроме того, внимание аналитика к отношениям переноса делает возможным для клиента увидеть, понять, почувствовать, каким образом прошлый опыт искажает настоящее, вторгаясь в межличностные отношения и интрапсихические переживания жертвы насилия.

Недостатки психодинамического подхода заключаются, прежде всего, в требованиях безучастности, эмоционального беспристрастия, которые эта школа предъявляет к своим последователям. При таком поведении терапевта жертва насилия оказывается склонна воспринимать его как холодного, наказующего, отвергающего Родителя и вести себя в терапии теми способами, которые являются реминисценциями детского опыта.

Проведенное нами экспериментальное исследование паттернов детско-родительских отношений у взрослых невротиков и больных шизофренией, показало, что больные этих групп действительно реализуют во взаимодействии с собой и миром усвоенные в детстве способы реагирования и обнаруживают крайне мало личностно-зрелых, целостных паттернов взаимодействия Я-Другой (Ильина С.В., [8]. Две клинические группы больных, принимавших участие в исследованиях, обнаружили ряд существенно сходных черт, среди которых можно назвать склонность чаще, чем в норме, актуализировать воспоминания раннего детства, оценивая их как наиболее значимые события своей жизни; фиксацию на детско-родительских по смыслу паттернах взаимодействия Я-другой, и “единое семантическое поле“ жалоб таких пациентов, описывающих переживания эмоциональной пустоты, ощущение раздвоенности, импульсивные вспышки агрессии.

Кроме того, формирование представлений о “диалогической структуре самосознания” (Соколова Е.Т., Бурлакова Н.С., [20]) позволяет найти отражение этой идеи в результатах анализа психотерапевтического материала. Внутренний диалог самосознания пациента с пограничным личностным расстройством, представляющий собой свернутый внешний диалог между матерью и ребенком, интериоризированный на ранних этапах онтогенеза, в силу первичной эмоциональной дефицитарности таких больных звучит выпукло, полярно, обостренно. Все остальные элементы сложного иерархического “многоголосия” самосознания оказываются оттеснены этим первичным паттерном отношений.

Таким образом, преспективы развития плодотворного, эффективного терапевтического подхода к работе с жертвами насилия кроются, на наш взгляд, в интеграции двух направлений, которая намечается в последнее время.

В качестве иллюстрации к проблеме эклектического подхода в психотерапевтической работе с жертвами насилия хотелось бы привести случай пациентки М.М., описанный Е.Т.Соколовой [22].

М.М. — пациентка с диагнозом “хроническое невынашивание”, что означает прерывание беременности по витальным показаниям, чем на протяжении 14 лет и заканчивались все семь ее беременностей. Острый токсикоз, развивавшийся сразу после того, как М.М. узнавала о беременности, сопровождался неукротимой тошнотой и рвотой, нестерпимой головной болью, катастрофической потерей веса и страхом смерти, и не купировался ни одним из применяющихся в таких случаях врачебных методов. История жизни М.М., медленно и мучительно восстанавливаемая в процессе психотерапии, оказывается драматически насыщенной насилием, ложью, обидами, ненавистью, порождая ощущение, что прошлая жизнь М.М. протекала в какой-то иной, полуфантастической- полубезумной реальности.

Психотерапия в этом случае оказывается процессом совместного творческого поиска пациента и терапевта, когда нащупывание собственного “языка самовыражения” М.М. сочетается с выходом за рамки определенной психотерапевтической ориентации терапевта. В психотерапевтическом процессе реконструкция семейной и личной истории М.М. включает в себя и телесное проживание, и проговаривание и переадресацию обнаруженных фрагментов воспоминаний, тем, кому они действительно обращены.

Психотерапевтическая работа в жанре “здесь - и - теперь”, привычная, когда речь идет о пациентах с обилием психосоматических симптомов, приоткрывает терапевту язык, на котором М.М. рассказывает о своем страдании “обживая” его в интенсивных телесных ощущениях и реализуя в стихотворениях, рисунках, лепке. На этом этапе М.М. обнаруживает в памяти “мертвую зону”, “завесу”, препятствующую контакту пациентки с ее собственными чувствами. Приближение к этой “завесе” провоцирует появление симптомов, с которыми М.М. пришла в терапию. Присвоение чувств становится для М.М. возможным только на следующем этапе терапии, когда с помощью “писем — посланий” к матери, отцу, бабушке, насильнику осуществляется *про*-говаривание — *вы-*говаривание — *вы*-крикивание всего спектра негативных переживаний, накопившихся у пациентки и много лет находившихся под запретом.

Открытие М.М., что “беременность ненавистью” и является тем, что с помощью тошноты, рвоты, головных болей блокирует ее витальные силы — силы поглощать и переваривать пищу, вынашивать и рожать детей — является центральным в процессе терапии. Это открытие совершается благодаря уникальному синтезу анти-ретрофлексивных телесно-ориентированных арттерапевтических техник, техник разворачивания диалога со значимым Другим, и, безусловно, благодаря интуиции, “чутью” терапевта, позволившему создать такой синтез. В терапии М.М. чрезвычайно затруднительно отделить один жанр психотерапевтической работы от другого, настолько естественно и непринужденно они сплетаются.

Очевидно лишь то, что вступление на опасный путь восстановления жизненной истории М.М., цепи болезненных воспоминаний о пережитом насилии, безразличии близких, обремененности М.М.-ребенка личными неудачами матери, безумием бабушки, преступлением деда потребовало от терапевта не только мужества, но и способности с помощью сочетания приемов конфронтации и эмоциональной поддержки, “подпитки”, обеспечить пациентке психологическую безопасность.

### \* \* \*

Итак, существование таких феноменов, как инцест, телесные наказания, психологическое насилие ставит перед обществом множество морально-этических, юридическо-правовых, социальных и медицинских проблем.

Не последнее место в этом ряду занимает и психологическое исследование эбьюза, изучение непосредственных и отставленных эффектов травмы, описание феноменологии, классификация.

Это необходимо, прежде всего, для того, чтобы решить две основные задачи, возникающие каждый раз, когда речь заходит об ущербе, причиняемом человеческому существу — задачи диагностики и реабилитации.

Широко обсуждаемая лишь в последние два десятилетия, проблема насилия прочно заняла свое место среди других актуальных проблем психологической науки, особенно в связи с изучением пограничного личностного расстройства, в этиологии которого сексуальное и физическое насилие играют одну из главных ролей.

Формирование представлений об особой личностной структуре, развивающейся вследствие переживаемого в детстве хронического насилия позволяет по-новому взглянуть на генез пищевых расстройств и аддикций, объединить под общим радикалом такие острейшие психологические и социальные проблемы, как поведение серийных убийц и последователей тоталитарных сект.

Проблема семейного насилия не только трудна для изучения, она еще и нагружена для каждого из нас особым личностным смыслом, собственным детским опытом, в котором, как в зеркале, отражается наше взрослое отношение к тому или иному вопросу. Возможно, что ряд специалистов различных направлений, столкнувшись с цифрами, фактами, статистическими данными, касающимися семейного насилия, занимают позицию “этого не может быть, потому что не может быть никогда”. Обычный аргумент оппонентов — если насилие так распространено, и оказывает такое влияние на развитие личности, то из этого следует, что все мы страдаем теми или иными расстройствами. В связи с этим хочется напомнить слова знаменитого исследователя детско-родительских отношений J.Bowlby: “В отношениях матери и ребенка многое поставлено на карту. Следовательно, велика адаптивная сила гетеросексуальных и родительских отношений, если так много детей вырастают здоровыми и счастливыми” ([47], с.46).

### Библиография

1. Варга А.Я. Типы неправильного родительского отношения. Автореф. канд. дисс. М., 1987.
2. Воловик В.М. Семейные исследования в психиатрии и их значение для реабилитации больных // Клинические и организационные основы реабилитации психически больных / под ред. М.М. Кабанова, К. Вайзе. М., Медицина, 1980.
3. Выготский Л.С. Собр. соч. В 6тт. М., Педагогика, 1984.
4. Гюльазизова К. Инцест, или сценарий с Эдипом.// Путь к себе, №№1-3, 1994, с.7-11.
5. Дети России: насилие и защита. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. М., РИПКРО, 1997.
6. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. М., Медицина, 1982.
7. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. Л., Медицина, 1982.
8. Ильина С.В. К проблеме экспериментального исследования паттернов детско-родительских отношений взрослого пациента (тезисы доклада). // I Международная конференция памяти А.Р.Лурии, тезисы докладов. М., МГУ, 1997.
9. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия, в 2тт. М., Медицина, 1994.
10. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. М., ГЭОТАР Медицина, 1998.
11. Кон И.С. Введение в сексологию. М., Медицина, 1989.
12. Кон И.С. Открытие Я. М., Педагогика, 1978.
13. Куттер П. Принуждение в неврозе и в обществе. // Энциклопедия глубинной психологии, т.1. М., MGM-Interna, 1998.
14. Лангмейер Й., Матейчек З. Психическая депривация в детском возрасте. Прага, Авиценум, 1984.
15. Лисина М.И. Проблемы онтогенеза общения. М., Педагогика, 1986.
16. Лэнг Р.Д. Расколотое “Я”. Спб, Белый кролик, 1995.
17. Попов Ю. В., Вид В.В. Современная клиническая психиатрия (руководство по МКБ-10). М., Нолидж, 1998.
18. Руководство по предупреждению насилия над детьми / под. ред. Н.К.Асановой. Москва, "Гуманитарный издательский центр ВЛАДОС", 1997.
19. Семья в психологической консультации / под ред. В.В.Столина. М., Педагогика, 1987.
20. Соколова Е.Т., Бурлакова Н.С. К вопросу об исследовании диалогической природы самосознания (тезисы доклада). // I Международная конференция памяти А.Р.Лурии, тезисы докладов. М., МГУ, 1997.
21. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., Svr-Аргус, 1995.
22. Соколова Е.Т. Где живет тошнота?//Московский Психотерапевтический Журнал, №1, 1994.
23. Соколова Е.Т. Влияние на самооценку нарушений эмоциональных контактов между родителем и ребенком и формирование аномалий личности.// Семья и формирование личности./ под ред. В.В.Столина. М., МГУ, 1981.
24. Столин В.В. Самосознание личности. М., МГУ, 1983.
25. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психология. Л., Медицина, 1990.
26. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds. London, Sage Press, 1979.
27. Cahill C., Llewelyn S. P., Pearson C. Treatment of sexual abuse which occured in childhood: A review.// British Journal of Cliniсal Psychology, 1991, 30(1), pp. 1 - 11.
28. Cahill C., Llewelyn S. P., Pearson C. Long-term effects of sexual abuse which occured in childhood: A review.// British Journal of Cliniсal Psychology, 1991, 30(2), pp. 12 - 21.
29. Giles Th.R. (ed.). Handbook of effective psychotherapy. N.Y, Plenium Press, 1993.
30. Finkelhor D. (ed.) Child sexual abuse: new theory and research. N.Y., The Free Press, 1984.
31. Finkelhor D. (ed.) Soursebook on child sexual abuse. Sage Publication, Beverly Hills, 1986.
32. Fisher S., Cleveland S. Body image and personality. N.Y., 1958.
33. Frude N. Understanding abnormal psychology. London, Blackwell, 1998.
34. Herman J.L., Hirschman L. Father - daughter insect. 1981, Cambridge, Harvard University Press.
35. Herman J.L., Russel D., Trocki K. Long-term effects of insectuous abuse in childhood. // American Journal of Psychiatry, 1986, 143, pp. 1293-1296.
36. James M. Child abuse and neglect: incidence and prevention.// Australian Institute of Family Studies: Issues in child abuse prevention, 1, 1994, pp.1-13
37. Jehu D. Beyond sexual abuse: therapy with women who were victims in childhood., 1988, Chichester, Wiley.
38. Josephson G.S., Fong-Beyette M.L. Factors assisting female clients’ disclosure of incest during counselling.// Journal of Counselling Development, 1987, 65, pp. 475-478.
39. Kernberg O. Severe personality disorders. N.Y., Jason Aronson, 1989.
40. Kohut H. The analysis of the self. N.Y., IYP, 1971.
41. Levy F., Pines Fried J., Leventhal F. (eds). Dance and other expressive therapies: when words are not enough , N.Y., Routledge, 1995.
42. Loftus E.F. The reality of repressed memories.// American Psychologist, 1993, 48(5), pp. 518-537.
43. Mahler M. Selected papers of Margaret S. Mahler. N.Y., Jason Aronson, 1979.
44. Meiselman K. Incest: a psychological study of causes and effects with treatment recommendations. San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1978.
45. Palmer St., McMahon G., (eds). Handbook of counselling. London, Routledge, 1997.
46. Russel D. Sexual exploitation. Sage Publications, Beverly Hills, CA, 1984.
47. Stevens A., Price Y. Evolutionary psychiatry. London, Sage Press, 1996.
48. Stone M.H. Essential papers on borderline disorder. N.Y., Penguin, 1986.
49. Toon K., Fraise J., McFetridge M., Alwin N. Memory or mirage? The FMS debate.// The Psychologist, 1996, 9(2), pp. 73-77.
50. Tomison A.M. Child maltreatment and disability.// Australian Institute of Family Studies. Issues in child abuse prevention, 7, 1996, pp.1-19.
51. Winnicot D. Collected papers. London, Tavistock, 1958.
52. Witkin H. A. Personality through perception. N.Y., 1954.