

СТРАДАНИЕ ДЕТЕЙ ОТ НАСИЛИЯ В СЕМЬЕ И ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А.ЛОКТИОНОВА*

Психические нарушения как результат насилия

Определенные формы насилия, жестокого обращения, заброшенности и стресса, которые познаются ребенком в семье, оставляют на его развитии крайне неблагоприятный след. Они могут привести к продолжительным нарушениям в становлении личности, вызвать повышенную чувствительность к обременяющим событиям и предрасположенность к определенным психическим расстройствам. Исследования проживающего в Америке голландца Ван дер Колька (*van der Kolk*, 1998) позволили увидеть, что сопутствующий травматизации ребенка негативный стресс в период раннего детского возраста имеет продолжительные *нейробиологические* последствия. Ван дер Кольк выделяет следующие группы изменений, связанных с детской травмой:

1. В сфере аффективной регуляции:

- хроническая аффективная дисрегуляция;
- агрессия по отношению к другим;
- саморазрушающее и суицидальное поведение;
- трудности, возникающие при регуляции сексуальных потребностей;
- импульсивное, рискованное поведение.

2. Изменение внимания и сознания:

- амнезия;
- диссоциации.

3. Соматизация.

4. Хронические изменения личности:

- трансформация самовосприятия, хроническое чувство вины и стыда, чувство собственной малоценности и неполноценности;
- изменения в отношениях с другими:
неспособность доверять или сохранять взаимоотношения,
склонность к ретравматизации в отношениях,

* *Локтионова* Альбина Викторовна – практикующий и обучающий психотерапевт Центра социально-психологической адаптации детей и подростков «Генезис».

склонность травмировать других.

Насилие в семье – одна из важнейшей и частых причин телесных и душевных травм. Оно никогда не выступает автономно. Ему сопутствуют общее невнимание по отношению к ребенку, отсутствие присмотра за ним, отвержение со стороны близких людей, от которых зависит его существование, и, часто, сексуальное злоупотребление. Оторванность от близких может быть фактической, т.е. пространственной (например, бабушка или другие родственники, которые могли бы защитить ребенка, живут в другом городе, ничего не зная о происходящем) или психологической, когда, допустим, мать, хотя и находится рядом с ребенком, но сама испытывает давление и не может выполнять функции защитницы. Таким образом, имея дело с насилием в семье, мы должны говорить о нарушениях или травматизации отношений ребенка в целом и, планируя помощь, принимать во внимание эти возможные нарушения.

Разрушающие детскую психику и личность ребенка последствия связаны, прежде всего, с тем, что лицо, которое должно заботиться о ребенке, вникать в его потребности и интересы и поддерживать их, использует его для отреагирования своих потребностей, а нередко представляет для него прямую опасность. Эта двойная обусловленность – нарушение нормальных отношений при отсутствии факторов защищающего влияния – и является той почвой, на которой впоследствии формируются структурные психические и поведенческие нарушения.

Многие жертвы насилия осознают такую связь, испытывая в то же время чувство невозможности что-либо самостоятельно изменить.

Одна участница нашей группы по работе с жертвами насилия говорит о себе: «Меня не любили в семье. Ребенком я испытала множество горьких переживаний, связанных с родителями, в том числе и сексуальное насилие. Я уже много над этим работала, я была в клинике, знаю свой диагноз. У меня огромное стремление к близким отношениям и одновременно панический страх перед ними. Я женщина, но так себя не чувствую, я чувствую себя роботом».

В процессе роста ребенка снова и снова происходит наслоение отпечатков памяти, содержащих и негативные, и позитивные переживания, которые, соответственно, могут как вредить, так и способствовать его развитию. Чтобы определить масштабы нарушений, обусловленных хронической травматизацией отношений, необходимо выявить контекст и проследить подробности всей истории жизни индивидуума, со всеми ее позитивными и негативными событиями (см. диагностическую карту травматизации по: G.Fischer, P.Riedesser, 1999). При этом важно помнить, что устойчивые позитивные отношения со временем могут смягчать воздействие прошлых вредящих впечатлений.

Нередко даже простое внимание со стороны другого человека или любого живого существа способно внести вклад в компенсацию травмы. Эльке Гарбе (1991) в своей книге «Марта», посвященной работе с ребенком, сексуально использовавшимся взрослым, описывает взаимоотношения девочки с кошкой, которые помогли ей выжить в сложнейших жизненных обстоятельствах: *«С кошкой в сарае я была одна и в безопасности, и я знала, что она меня любит, какой бы я ни была».*

Насилие в семье и его возможные последствия

Как правило, взрослым жертвам актуального семейного насилия оно бывает уже хорошо знакомо по родительской семье. Поэтому дети, переживающие насилие в семье, сравнительно с другими, в большей степени подвержены риску, что, став взрослыми, сами выступят источником насилия либо станут его жертвой. Вероятность того, что мальчики, ставшие свидетелями насилия со стороны своих отцов, будут жестоко обращаться со своей будущей партнершей, в десять раз выше, сравнительно с мужчинами, у которых в детстве не было подобного негативного опыта (Fischer A., 1998).

Дети, познавшие опыт искаженных отношений, не знают, как обходиться с теми тягостными чувствами, которые никогда не покидают их, и вместе с тем, не знают, как искать помощь. Они выжили, в каждом отдельном случае развив собственную стратегию выживания, которая чаще всего также обладает в большей или меньшей степени вредящими чертами. Сюда можно отнести симптоматику, характерную для саморазрушающего или избегающего поведения, разного рода мании. Жертвы насилия, как дети, так и взрослые, больше всего озабочены тем, чтобы обеспечить собственное выживание. И таковыми мы и должны их воспринимать.

10-летняя Вика живет с психически неуравновешенной матерью и бабушкой. Отец Вики, судя по всему, психически ненормален (мать описывает, как в разгар конфликта он неоднократно мочился на стены квартиры). Состояние девочки очень тяжелое. Мать проявляет чудеса настойчивости, поместив дочь в то, единственное в больнице, отделение, где ребенок может находиться вместе с родителем, – эпилептическое. Приступы, которые время от времени наступают Вика, с нашей точки зрения, служат отводу напряжения, возникающему в крайне нервной семейной обстановке. По форме они, действительно, напоминают эпилептические, но не дают выраженной картины эпилептического припадка и ни разу не воспроизводились в условиях стационара. Вика не ощущает и приближения приступов, как это бывает у подлинно больных эпилепсией. В то же время в процессе игры неизменно появляются две Вики – «простая» и «волшебная», живущая на самолете, который постоянно терпит крушения. Очевидно, что личность девочки страдает от чувства внут-

ренного раскола. Тем не менее, подобное выражение внутреннего напряжения в виде приступов и в игре служит ее выживанию.

Современное состояние исследований на данную тему позволяет предположить, что травмы отношений, пережитые в детстве, поражают внутреннюю структуру личности, саму сердцевину “Я”. Для нормального функционирования самосознания необходимы самоуважение, самооценочность, самопроектирование (Лэнгле, 2002). В ситуации насилия развитие всех этих функций оказывается нарушенным или, если насилию подвергается взрослый человек, их полноценное проявление становится невозможным. Нарушения данного типа особенно сильны, когда:

- актуальная травма затрагивает другую, имевшую место на более раннем этапе жизни;
- травма продолжается длительное время;
- новым нарушениям предшествуют другие, возникшие ранее, или травма происходит в контексте иных видов нарушений;
- виновник травмы находится в близком окружении ребенка, и травмирующие отношения, соответственно, сохраняются наряду с зависимостью ребенка;
- травматизация слишком сильна, выходя за рамки мелких злоупотреблений или несистематических побоев;
- жертва не располагает достаточными ресурсами (например, поддерживающим, способным защитить окружением);
- травма происходит на фоне недостаточного обеспечения жизненно важных функций;
- травма осложняется дополнительными нарушениями, которые возникают по причине ошибок психотерапевта, социальных работников, близкого окружения (так называемая «вторичная травматизация»).

Используя термин “Я”, мы понимаем под ним ядро личности, обладающее снаружи своего рода мембраноподобной границей, которая позволяет нам знать, что, изменяясь во времени и пространстве, мы остаемся теми же самими. Органически этой границей служит кожа. Поэтому, когда жестокому обращению подвергаются непосредственно тело, кожа, страдает то ядро личности, которое обозначается как “Я” (хотя можно думать, что оно обладает и метафорической кожей, которая также способна нести на себе следы нарушений, впечатавшихся в структуру Я {Назьо, 2002}).

Важно отметить, что в латентный период детского развития (приблизительно от 6 до 11 лет) внешние проявления внутренних нарушений, выступающие в виде тех или иных симптомов, могут отсутствовать. Иначе говоря, в детские годы нарушения могут и не находить своего выражения. Как правило, впервые они становятся отчетливо видны в подростковый период или даже несколько лет спустя. Данный вывод подтверждается тем фак-

том, что 80% пациентов с диагнозом пограничного состояния рассказывают о переживаниях имевшего место в их детстве физического или сексуального насилия, которые и определяют их представление о себе. Большинство в этом ряду составляют женщины.

Эти данные служат обоснованием наблюдающейся связи между ранними переживаниями насилия, сексуального злоупотребления и нарушения отношений, с одной стороны, и с другой – вероятностью последующего развития личностных нарушений, а также воспроизведения воспринятого ранее патологического паттерна отношений (при отсутствии ресурсов и своевременной помощи).

Условия реабилитации после травмы

Как уже отмечалось выше, насилие всегда оставляет в психике след по типу психической травмы.

Проведение углубленной работы, направленной на устранение травматических последствий, позволительно лишь после *прекращения травмирующей ситуации* (Fischer, Riedesser, 1999). Однако это требование не исключает возможности более раннего вмешательства, но с иными задачами, среди которых самый первый шаг заключается в том, чтобы *страданию ребенка (жертвы) был положен конец*.

В процессе работы психотерапевт подчас сталкивается со вновь открывшимися обстоятельствами дела. С учетом полученной информации он должен провести терапию так, чтобы ребенок не получил вторичных повреждений психики.

Психотерапия травмы и участие в судопроизводстве или делах по лишению родительских прав взаимно исключают друг друга. Однако во время судебного разбирательства допустима работа над нейтральными, но тоже весьма важными терапевтическими целями – например, над усилением функций «я» личности ребенка.

Еще одно из условий реабилитации требует, чтобы ребенок находился в безопасном социальном окружении и имел в своем распоряжении хотя бы одного близкого человека, способного оказывать содействие в проведении психотерапии.

Работа сети помощников должна быть разъяснена каждому из тех, кто эту сеть составляет, задачи распределены и полномочия разграничены.

Рассмотрим первые ***фазы психотерапии*** (Garbe, 2002)*:

1. Стабилизация.

В этой первой фазе речь идет, прежде всего, о том, чтобы уменьшить страх, переживаемый жертвой насилия, и укрепить ее контакт с терапев-

* Эльке Гарбе – психолог-психотерапевт, супервизор Немецкого общества супервизоров, специалист в области работы с травмой и посттравматическими расстройствами, Гамбург.

том. В условиях работы с детьми мы полностью ориентируемся на ребенка и принимаем во внимание необходимость того, чтобы, находясь в поле терапии, он снова мог обрести самоконтроль и собственное достоинство. На начальном этапе допускается присутствие поддерживающих жертву близких лиц. Разрешаются «переходные» предметы (мишка, носовой платок), используются «промежуточные» предметы (вода, чай, шоколад). Мы ориентируемся на сильные стороны потерпевшего и на все то, что способствует установлению и укреплению терапевтического контакта.

Уже в первые минуты встречи важно объяснить ребенку, от кого и что именно терапевт знает, что такое врачебная тайна и где заканчивается ее действие, а также что такое психотерапия. Когда контакт установлен, можно приступать к следующему шагу – вместе с пациентом сфокусироваться на двух мыслях: «Мне так больно, когда я думаю о том, что сделал(а) папа (мама)» и «Я не обращаю внимания на то, что из-за этого я никогда больше не смогу быть счастливым(ой)». Данная фокусировка подразумевает и выливается в формулировку общей цели работы (мысли о прошедшем не должны больше причинять боль, я хочу снова обрести способность смеяться). Не позволяя ребенку впадать в безнадежное состояние («я больше никогда не смогу быть счастливым(ой)»), психолог занимается именно тем, чтобы вывести жертву из этого состояния и ищет возможности передать ему свою надежду и веру («я обрету снова способность смеяться»).

Цель этой фазы – построение надежной терапевтической связи как условия того, что над травмой можно будет работать, а насилию противостоять и, в конечном счете, с ним справиться.

Только опираясь на чуткость, понимание, внимательное отношение, собственный опыт, можно воздействовать на травму. Но поскольку насилие – это травматизация отношений, а вся терапия происходит в отношениях между двумя людьми, то сформировавшиеся нарушения очень скоро дают о себе знать. Тем не менее, невзирая на эти помехи, терапевт должен вести себя так, чтобы новые отношения крепили и способность к взаимодействию возрастала. Впрочем, здесь, косвенно, начинается уже совместная с ребенком работа над травмой. Давая ребенку (жертве) возможность получить в результате новых отношений и связей альтернативные переживания (внимание, забота, симпатия, уважение), терапевт «изнутри» производит целебное воздействие на вредящее переживание.

К фазе стабилизации относится также обращение:

- к ресурсам;
- к способностям;
- к навыкам;

которые наличествовали у ребенка до травмирующей ситуации, а в результате травмы оказались оборваны. В первую очередь должна быть укрепле-

на сила “Я” и воссозданы другие стороны личности ребенка, которые служат тому, чтобы он мог формировать контакт с самим собой и с окружением, умение посмотреть на себя и свою жизнь со стороны, восстановить самоуважение. Таким образом, в этой фазе терапевт, используя в первую очередь поддержку, способствует развитию личности ребенка (в противовес ее регрессу и инфантилизации), чутко откликаясь и подкрепляя его, ограждая и ориентируя в реальности интегрирующим образом.

В процессе работы необходимо снова и снова упоминать причину и цель терапии, чтобы они не ускользнули из сознания ребенка. Здесь подразумевается также установление пространственных и временных границ и абсолютная надежность терапевта в заданных и установленных границах. Эти условия создают безопасность и уменьшают страх, без чего ребенок (жертва) вообще не смог бы приблизиться к пугающему содержанию травмирующего переживания. Контакт и доверие появляются и развиваются на границе, а не в безграничном пространстве.

2. *Положительное наполнение личности.*

До тех пор, пока личность наполнена отрицательными интроекциями, она подвержена фрагментированности, расщеплению, функция ее границ оказывается поражена. Поэтому цель данной фазы – содействие *интеграции личности*.

Во внутреннем мире ребенка, полном зла, дурное начало не позволяет воздействовать на себя, не поддается влиянию. И поначалу не вместо него, а *рядом* с ним должны возникать «добрые миры», внутренние «острова добра», на которые жертва время от времени может возвращаться (в православном обществе в создании такого позитивного пространства большую роль играют церковь и церковная община). Прорабатывая темы страха и обвинения, очень важно направить переживаемое ребенком чувство вины в ту сторону, где ей место. Жертвы часто чувствуют *себя* виновными в том, что происходит, а теперь вина должна быть передана насильнику.

В комнате, где идет терапия, обычно создается положительная, «подпитывающая» обстановка, в которой ребенок (жертва) может набраться дополнительных сил. Сюда относятся такие средства, как кукла-младенец, бутылочка с соской, плюшевый мишка, песенник, гамак, все необходимое для строительства шалаша; для взрослых – чай, сладости, спортивные снаряды и приспособления для упражнений на опору и массажа. Терапевт полностью настраивается на потребность ребенка (жертвы) в понимании и защите и отвечает на эту потребность, создавая в ограниченном пространстве и ограниченном времени атмосферу полной защищенности и спокойного существования. Это приводит к изменению характера отношений: растворяется страх, реорганизуется разрушенное хрупкое доверие, созда-

ются условия для консолидации внутренних сил и концентрации поврежденной личности.

Надо, однако, отметить, что регрессивная работа (мы создаем в известной степени «оранжерейные» условия существования) непременно должна происходить в рамках укрепления «Я» и усиления ориентации в реальности. В больших дозах регрессия может привести к тому, что силы «Я» ребенка (жертвы) снова начинают ослабевать и способность справляться с жизнью отказывает им.

В этих условиях и разворачивается работа, задача которой – наполнение «добрыми внутренними мирами». С подростками и взрослыми мы используем фантазию, отправляясь в воображаемые путешествия, – к доброму внутреннему месту, к внутреннему свету, вызываем внутренних добрых помощников, призываем на помощь молитвы, обращенные к ангелу-хранителю (для крещеных и верующих).

Польза этих упражнений особенно очевидна, когда необходимо предотвратить или смягчить грозящие ребенку (жертве) состояния диссоциации, предупредить вспышки самоповреждающего поведения. Они помогают контролировать состояния потерпевшего и во время работы с ретроспективой, когда приходится возвращаться назад, к тяжелым переживаниям.

Работа с хорошим должна была хорошо «переварена» и «усвоена», ведь, образно говоря, несмотря на голод, способности пищеварения ограничены. Маленькие порции усваиваются лучше, чем большие. Это как с шоколадным тортом: после небольшой порции возникает желание получить еще, а крупный кусок тяжестью оседает в желудке, на долгое время вызывая отвращение к съеденному.

После каждого «хорошего» часа мы следим за тем, чтобы ребенок (жертва), покидая комнату, снова обретал чувство соответствия своим возрастным особенностям: осознавал свои способности, ориентировался во времени и пространстве.

Реконструкция травмы и внутренняя работа над ней*

Глубокая реконструкция и внутренняя работа над травмой возможна лишь при условии достижения следующих требований:

– установлены надежные, достаточно стабильные терапевтические отношения и создана фокусировка, т.е. существует ясность в отношении цели работы;

– социальные связи ребенка функционируют, ресурсы активированы и защитные силы, включая силы «Я», стабильны (налицо – контролируемое обращение с травмирующими воспоминаниями);

– из отношений с терапевтом вынесено и усвоено достаточное количество позитивных впечатлений.

* Дается по материалам семинара Эльке Гарбе, 5-7 сентября 2002г., Москва.

Эти условия обеспечивают рамки и создают опору для того, чтобы можно было коснуться того внутриспсихического «нокдауна», который нанесен травмой. Подавленное переживание насилия, с вытесненными, отщепленными чувствами, осторожно, часть за частью, переносится в осознаваемую сферу, с тем, чтобы, в конечном счете, оно было интегрировано в личность.

Нужно исходить из того, что терапевт, как правило, не знает точно, что именно ребенок пережил. Поэтому в ходе терапии испытанный опыт поддается реконструкции также лишь отчасти. Прежде всего данное положение относится, конечно, к сексуальному насилию, но сохраняет свою силу и в ряде других случаев. Воспоминания не фотографичны и многое остается инкапсулированным в памяти. При реинсценировании в обстановке игр, в ситуациях переноса и контрпереноса терапевт постепенно получает более широкое представление о пережитом ребенком опыте. При этом кое-что удастся вспомнить и сформулировать в словах, что-то остается расплывчатым, едва ощутимым телесно или в колебаниях настроения, отдельные обрывки реминисценций, как в головоломке, могут не совмещаться друг с другом. И все это инсценируется в игре.

Так, упоминавшаяся выше Вика, – вслед за серией внезапных приступов и после скандала с матерью, начавшегося на улице и продолженного дома, последующего подключения к скандалу бабушки и нового приступа – инсценирует в игре свою внутреннюю напряженную, на грани раскола, ситуацию. Здоровая часть ее “Я”, которая была актуализирована в больнице и стремилась вырваться из давящей ситуации, в игре оказалась представлена самолетом. Самолет заправляют “плохим бензином”, и самолет-спасатель терапевта должен на лету менять горючее. “Горючее”, как видно, – интроецированные объектные части. Вика отвергает различные виды горючего: один сорт за другим оказывается негодным, крушение почти неизбежно, за полетом самолета приходится следить в катастрофических обстоятельствах, пока сила внутреннего напряжения не спадает. Вика отчетливо демонстрирует царящий в ее душе внутренний раскол (“хорошее” и “плохое” горючее, “хороший” и “плохой” полет) как спонтанную реакцию на происходящее в семье. Вмешательство терапевта обеспечивает необходимую опору, поддержку, помощь.

Прямая и косвенная работа с травмой в условиях жестокой среды

Эльке Гарбе проводит различие между *прямой* и *косвенной* работой с травмой.

Прямая, или непосредственная, работа происходит при помощи как вербальных и невербальных методов, – терапевтически показанной реинсценировки ситуации травмы, посттравматической игры, техники экрана, ри-

сунка, наконец, активизирующей память работы с телом и телесными ощущениями. Работа всегда должна проходить только небольшими порциями и, как уже подчеркивалось, в рамках четких структур, а также устойчивых терапевтических отношений. Удерживающие, твердо установленные рамки сессии создают условия, при которых можно позволить страху немного расшириться без того, чтобы его переживание достигло силы, способной привести к вторичным травмам. Уверенный в надежности своих отношений с терапевтом, ребенок приближается к периферии происшедшего, позволив, благодаря присутствию терапевта, частичке опыта «подняться», так, чтобы чувства смогли стать переносимыми и передаваемыми, а значит, разделенными. Цель этой процедуры – соединить между собой расколотые переживания, а чувства – с внутренними образами. Следует понять, почему ощущение оторванности от других, замкнутость, рвота, стремление убежать, скрыться, уход в фантазии – все то, что всегда преследует жертву, было необходимо, каким образом в зашифрованных симптомах нашло выражение скрытое внутреннее переживание. При внутреннем участии «я» ребенка воспоминания могут быть выражены словами. Разрыв между вытесненными, а лучше сказать, отодвинутыми на периферию сознания образами и подавленными в симптомах чувствами, должен постепенно сокращаться (A.Fisher, 1998; G.Fisher, 1999). Параллельно понемногу убывает чувство внутреннего одиночества, возвращается контакт с окружающими; смятение, перевозбуждение или, наоборот, потеря чувствительности, торможение постепенно исчезают. Психофизиологическим эквивалентом психологических процессов выступает растворение травматических инкапсуляций в лимбической области ствола головного мозга и, вместе с тем, окончание повышенного выброса стрессовых гормонов (*там же*).

Такая работа, как учила и демонстрировала на семинаре Эльке Гарбе, требует от терапевта пристального внимания к реакциями собственного тела. Чувствуя в ситуациях переноса-контрпереноса в самих себе что-то от внутреннего состояния ребенка, вы покрываетесь гусиной кожей, начинаете мерзнуть, пугаетесь, оказываетесь сбиты с толку... И тогда лучше ограничить работу, хорошо ее «упаковав». На семинаре мы убирали «страшное» в шкатулку, даже в сейф, где оно надежно хранилось, запертое ключом; в случае нужды его можно было извлечь наружу в терапевтическое пространство, а в соответствующую минуту – вновь туда упаковать. Подобное ограничение – «этого сейчас, на первый раз, достаточно» – устанавливается терапевтом, исходя из уровня развития ребенка и степени повреждения границ его личности. В травматерапии психолог директивен. Он отвечает за то, чтобы ребенок шаг за шагом был проведен через процесс реабилитации.

Ряд авторов утверждает, что «насильник всегда присутствует в пространстве» терапии. Следовательно, он внедряется и в отношения между терапевтом и ребенком, а ребенок демонстрирует поведение не только свое, но и виновника травмы. Таким образом, ситуация «жертва-виновник» также находит свое выражение в отношениях переноса и контрпереноса. Цель терапевтического вмешательства – по возможности извлечь эти состояния из тени, так чтобы ребенок мог сказать: «Так было всегда с дядей (папой, мамой), и мне было очень страшно». Мы предоставляем наше тело в качестве «контейнера» для расщепленных чувств ребенка и чувствуем себя так, как мог чувствовать себя сам ребенок. Подобным образом мы получаем представление о том, что могло произойти в отношениях между насильником и жертвой. Таким образом, осознание подавленных жертвой сцен, прежде чем они будут проработаны в терапевтической ситуации, сначала происходит *с нами*. Это требует от психолога, чтобы одной частью своей личности он пребывал во внутреннем, еще не передаваемом вербальными или невербальными выразительными средствами, мире ребенка, а другой частью – ответственно управлял процессом. Такое терапевтическое разделение создает своего рода «мост», предоставляемый ребенку, чтобы он мог приблизиться к подавленным переживаниям и преодолеть свой страх. Важно при этом помнить, что речь идет о *субъективных* впечатлениях, *субъективной истине* конкретного ребенка, а не об объективных событиях.

Так называемая *косвенная* работа востребована в особых случаях, когда приходится учитывать ряд привходящих факторов, усугубляющих серьезность травмы. К их числу относятся:

- степень давности нанесенного личности вреда и его глубины, обусловленной отсутствием своевременной помощи;
- небезопасность актуального окружения ребенка;
- борьба ребенка с последствиями травмы на фоне нормативных проблем подросткового периода;
- условия, при которых жертва вынуждена заниматься вопросами выживания на социальном уровне (решение вопросов работы, места жительства);
- отягощенность ситуации трагическими обстоятельствами (переживание разлуки с матерью при определении в детский дом, гибели близких людей в результате теракта и т.д.).

С учетом этих *отягчающих* обстоятельств, терапевт должен тщательно взвесить, насколько личность жертвы стабильна и насколько она повреждена и, соответственно, способна ли она выдержать дополнительную нагрузку. Чем более человек травмирован, тем в большей степени мы должны ограничиться в своей работе символической областью пережитого опы-

та. Прямая и, к тому же, выраженная в словесной форме реконструкция травмы может привести к новым потрясениям.

При работе с жертвами теракта приходилось сталкиваться с чрезмерностью, с которой не только родственники, но даже врачи расспрашивали пострадавших, выясняя детали только что пережитых событий. Между тем, если руководствоваться задачами стабилизации состояния пострадавших, то расспросы должны быть ограничены во времени 10-15 минутами и направлены, скорее, только на какие-то необходимые или привычные стороны их жизнеобеспечения (первая фаза терапии).

Как уже говорилось, виновник травмы в этих случаях всегда символически присутствует в пространстве. Часто приходится иметь дело даже не с одним, а с целой чередой или группой виновников. Когда терапевт способствует созданию в этом пронизанном угрозой пространстве альтернативных переживаний, то он создает предпосылки, на фоне которых прикосновение к ранящему переживанию может стать целительным. Однако в каких бы формах ни проявилась травматизация (она может быть высказана в связи с актуальными трудностями, которые преследуют жертву, либо проявиться в игре, дать о себе знать в отношениях переноса и контрпереноса), углубленное лечение и прямая работа с чувствами в данных случаях противопоказаны.

Эти требования приобретают особую важность в подростковом возрасте. По мнению специалистов, в данный период следует по возможности избегать прямой работы с травмой. Анализ глубоко подавленной раны, нанесенной насилием, в таких случаях чаще всего ослабляет ребенка, способствуя возникновению декомпенсаций. Здесь гораздо важнее – справиться с проблемами, которые сопутствуют половому созреванию, поддержать развитие личности ребенка, дать созреть его способности к защите. Чаще всего подростки все же достаточно умны, они просто не идут на прямой разговор. И такая особенность выступает выражением здорового желания выжить.

Формы защиты

Эльке Гарбе подчеркивает важность стабилизации психических защит ребенка в ситуации травмы. Защитой может служить любой симптом, – у травмированных детей и подростков симптом нередко способствует стабилизации поврежденного “Я”. Вот почему так важно выказывать уважение к выработанному психикой самого ребенка способу выживания как к наиразумнейшему компромиссу между случившейся с ним бедой и борьбой за свое самосохранение. Отсюда следует, что терапевт в такого рода ситуации перестает рассматривать устранение симптома как свою первоочередную задачу, поскольку в противном случае система психологической защиты личности ребенка окажется ослабленной, что будет способствовать

его дальнейшей декомпенсации. Однако, поскольку вредящее себе и вредящее другим поведение – вещь отнюдь не благая, речь может идти о том, чтобы были выработаны более адаптивные, более здоровые формы самозащиты, позволяющие покончить с «отрезанностью» и изоляцией ребенка.

Устойчивость симптома нередко бывает обусловлена специфической идентификацией пострадавшего: «я – жертва», «я – сирота», которая приносит подростку «вторичную выгоду». В таких случаях симптом не так просто заместить другими формами поведения. Подсознательно дети и подростки хотят ощутить, что они будут иметь, если откажутся как от этой идентификации, так и от симптома. И, как известно, взамен они должны получить что-то такое, что может приобрести в их глазах большую ценность.

Защитное поведение часто свидетельствует о внутреннем расколе личности, где сталкиваются ее «хорошая» и «плохая» части. Это расщепление ярче всего проявляется в самоповреждающем поведении. В то время как одна рука, «виновник», наносит рану другой руке – «жертве», обе враждующие части вновь вступают в контакт друг с другом. Со всей необходимостью такого рода «встреча» происходит тогда, когда внутренний раскол личности становится настолько угрожающим и невыносимым, что требует выражения вовне. Акт нанесения себе вреда обусловлен, таким образом, потребностью перекрыть внутреннее состояние угрозы и в то же время прервать состояние распада, диссоциации. Как и в предыдущем случае, здесь столь же важно в тесном сотрудничестве с подростком найти иные, более здоровые формы преодоления внутренней угрозы, для чего в первую очередь необходимо полностью реконструировать в когнитивной сфере внутренний процесс, побуждающий жертву наносить вред самой себе. Следует также попытаться установить контакт между разделенными частями, обратиться одновременно к обеим сторонам и, акцентируя позитивное самоощущение, компенсировать «плохую» часть.

Идентификация с агрессором

В одной из своих работ Ш.Ференци описывал, как ребенок, будучи жертвой, в момент травматизации идентифицировался с виновником в целях выживания (*Ferenczi, 1933*). Он как бы заползал в его шкуру, пытаясь предугадать, какого поведения от него ждут, чтобы избежать самых страшных побоев. Роль жертвы в данном случае оказалась прочно связанной с принятыми на себя, в результате идентификации с виновником, интроекциями. Интроекции этого типа тождественны описанным выше внутренним «злым мирам», без овладения которыми реабилитация жертвы едва ли возможна. Оставаясь неосознанными и подавленными, они, тем не менее, могут бесчинствовать как в сфере внутренних переживаний, так и во внешнем поведении жертвы.

У жертв женского пола интроекты, порожденные идентификацией с виновником травмы, направлены либо внутрь, против самой себя, либо вовне, проецируясь на других лиц. Так объясняются, с одной стороны, самоповреждения, суицид, депрессия, а с другой – поиск вредящей среды, маниакальное поведение и половая распущенность.

У мальчиков-жертв этот процесс протекает по-другому. Им приходится преодолевать значительные трудности в плане половой самоидентификации, если в роли виновника травмы выступал мужчина. Помимо прочего, мальчики в большей степени, сравнительно с девочками, предрасположены к тому, чтобы глубоко спрятанную интроекцию виновника активно направлять вовне, против других. Так они становятся склонны к насилию.

Сегодня, однако, в этой, долгое время считавшейся традиционной картине, происходят перемены. Подобно мальчикам, современные девочки все чаще трансформируют идентификацию с виновником в агрессию не только против себя, но и против других, действуя насильственно вовне и, соответственно, лишаясь свойственной им женственности. Из всего этого вытекают выводы, о которых важно помнить, приступая к работе с травмой. Ребенок, разумеется, – жертва, но, подавляя в себе память о насилии, объектом которого ему случилось стать, он располагает внутренним потенциалом насилия, который должен быть направлен либо внутрь, против себя самого, либо вовне, против других. Прекратится ли «избегание» той внутренней области, где укрылась память об испытанном насилии, будет ли переработано его переживание, смогут ли развиваться правильная половая идентификация и способность к нормальным отношениям, – все это обусловлено тем, сможет ли ребенок войти в контакт со своими идентификациями и установить связь собственного «я» с пережитой травмой. При поддержке со стороны психотерапевта подросток должен принять ответственность за эти спрятанные переживания и вытекающие из них импульсивные поступки. Здесь речь идет о том, чтобы насилие трансформировалось в агрессию как ту активную наступательную силу, в которой мы нуждаемся, чтобы участвовать в жизни и овладевать жизнью. Успешное достижение таких целей зависит, естественно, от уровня зрелости личности ребенка и степени нанесенных ей повреждений, а также от зрелости личности и самого терапевта. Часто терапию не удастся осуществить во всей полноте ее целей, пока жертва пребывает в детском возрасте, и требуется более позднее ее повторение, когда в человеке созреет способность к ответственности и рефлексии.

Не все последствия травмы можно излечить. Прежде всего, невозможно изменить то, что *произошло*, отменить самый факт случившегося, хотя нередко именно этого и ожидают от терапевта дети и подростки.

Лечение означает хороший уход, обеспечивающий надежное рубцевание раны, но время от времени она может снова причинять боль.

ЛИТЕРАТУРА

- Гарбе Эльке. «Работа с травмой отношений у детей и подростков (tap-made traumata)». Семинар, проведенный в рамках программы по повышению квалификации в области детской и подростковой психотерапии в ЦСПА «Генезис»: Москва, 5-7 сентября 2002г.
- Лэнгле А. «Грандиозное одиночество. Нарциссизм как антропологическо-экзистенциальный феномен». Московский психотерапевтический журнал, № 2, 2002.
- Назьо Ж.-Д. Понятие Кожу-я. Московский психотерапевтический журнал, №3, 2002.
- Ferenzci S. „SprachverRirung zwieschen ErRachsenem und Kind“, 1933.
- Fischer G. & Riedesser P. „Lehrbuch der Psychotraumatologie“. München-Basel, Reinhart Verlag, 1999.
- Garbe Э. “Marta“. Münster, 1991.
- Herman J.L. Die Narben der Gewalt (Traumatische Erfahrungen verstehen überRinden). 1998, von Verlag: Kindler.
- Streek Fischer A. „Adoleszenz und Trauma“. Göttingen, 1998.
- Van der Kolk B.A. Zur Psychologie und Psychobiologie von Kindheitstraumata in “Adoleszenz und Trauma“. Göttingen, 1998.