

М.Н. Мисюк, доцент кафедры юридической психологии Академии МВД Республики Беларусь, кандидат медицинских наук, доцент;
В.В. Максименко, ассистент кафедры юридической психологии МИУ

ОСНОВНЫЕ ЗАДАЧИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ ТОРГОВЛИ ЛЮДЬМИ И ИХ СОДЕРЖАТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

Сексуальное насилие является тяжелой травмой, но намного тяжелее последующие личностные изменения. По результатам проведенных психологических диагностик жертв насилия можно сделать вывод, что сексуальное насилие является экстремальным жизненным событием, вызывающим у подавляющего большинства пострадавших ПТСР. Рассмотрены основные задачи психологической помощи жертвам торговли людьми. Представлены ключевые механизмы и стратегии психотерапевтической практики с позиции основных психологических школ.

Траффикинг (нелегальная торговля людьми) – это современная форма рабства. Наряду с нелегальной торговлей оружием траффикинг является вторым по величине после торговли наркотиками и наиболее быстро развивающимся направлением мирового криминального бизнеса.

По данным международных экспертов, каждый год в руки торговцев живым товаром попадает до 2 млн человек, из них примерно 80 % – женщины и девочки, а до 50 % – несовершеннолетние. По оценкам ООН, ныне в мире насчитывается до 27 млн человек, находящихся в рабстве. По данным экспертов Совета по международным исследованиям, в странах Центральной и Восточной Европы ежегодно не возвращаются на родину около 200 тыс. человек, большая часть которых – женщины и несовершеннолетние девушки, которых вывозят за рубеж с целью сексуальной эксплуатации и в меньшей степени – с целью принудительного труда. Примерно в 90 % случаев именно женщины и дети являются предметом купли-продажи. Специфика данного международного преступления состоит в том, что оно является транснациональным, рассмотрение которого возможно только при изучении истории развития и современного положения данного феномена в правовом поле.

Ежегодная мировая прибыль от торговли людьми, преимущественно секс-рабами, достигает 7 млрд долларов США. По оценкам экспертов, только в Беларуси теневой оборот от торговли людьми ежегодно составляет порядка 15 млн долларов США, а девушек для продажи в бордели вывозят почти из всех белорусских городов в Россию, Германию, Польшу, Литву, Чехию, Турцию, Грецию, Италию, Испанию, Ливан и ряд других стран. Жительниц западных регионов страны вывозят преимущественно в Восточную и Центральную Европу, Могилевской и Витебской областей – в Россию и страны Балтии, Гомельской области – на Ближний Восток, в Турцию и Ливан. По сведениям МВД Беларуси, в стране сегодня проживает более 2000 женщин – жертв трафика.

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 человека. 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 генезиса личностных расстройств различной специфики и последствий посттравматического стрессового расстройства вследствие пережитого насилия.

Проявления посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) оказывают сильное влияние на психические функции пациентов требуют лечения, в котором существенное место занимают психофармакотерапия и психотерапевтические методы.

Основная цель работы с пациентами заключается в том, чтобы вернуть их на тот уровень функционирования, который был до травмы. Это не значит, что человек станет таким же, каким он был раньше, чего часто хотят сами пациенты. Травма разрушила их имплицитную картину мира, поэтому им будут нужны некоторые дополнительные ресурсы «Я» или более гибкие поведенческие и когнитивные реакции, чтобы лучше противостоять стрессу при столкновении с травматическими переживаниями. Только в этом случае можно надеяться на то, что пациенты смогут справиться с будущими стрессами, то есть задача заключается в том, чтобы помочь индивиду встать на путь адаптивного разрешения травмирующих ситуаций.

Научная дискуссия трех основных терапевтических школ, трех наиболее известных направлений – психодинамического, когнитивного и гуманистического – позволяет убедиться в наличии преиму-

ществ каждой из названных ориентаций. При этом установки, используемые этими школами в работе с жертвами насилия, во многом различаются.

Одной из важнейших насущных проблем в этой области 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. Страх, тревога, подавленность, растерянность, гнев, отвращение – спектр наиболее часто встречающихся переживаний непосредственно после насилия. Выраженность эмоциональных переживаний часто 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* [3]. 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 сейчас.

Предполагается, что на фоне эмоциональной поддержки реакции тревоги, паники, страха постепенно усают 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 ПТСР не существует.

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.

Сторонники гуманистической ориентации, указывающие на актуальность для жертв насилия групповой психотерапии, считают важным не возвращаться к травматическому опыту в представлениях и не вербализовать травматический опыт, а выразить любым другим способом – через рисунок, лепку, танец, вокализацию [2]. 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.

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.

Такую возможность предоставляет 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 [1], 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 насуточно необходимо «рождение новой психотерапии», без которой представители всех существующих на сегодняшний день терапевтических школ работают вхолостую. Подобная точка зрения являлась бы спекулятивной и не отражала действительного положения 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 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. 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.

Недостатки психодинамического подхода заключаются прежде всего в требованиях безучастности, эмоционального беспристрастия, которые эта школа предъявляет к своим последователям. Кроме того, формирование представлений о «диалогической структуре самосознания» (Е.Т. Соколова, Н.С. Бурлакова) [5] 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, можно выделить четыре стратегии терапии, к которым могут быть сведены все формы терапии ПТСР:

1. Поддержка адаптивных навыков «Я». Существует множество Я-поддерживающих аспектов терапии ПТСР. Одним из наиболее важных аспектов являются позитивные терапевтические взаимоотношения. Необходимо обеспечить развитие терапевтического альянса, особенно если пациенту придется столкнуться с мучительными воспоминаниями и переживаниями. Разумное объяснение предстоящих терапевтических вмешательств дает пациентам чувство контроля над ситуацией, необходимое для поддержки нормального функционирования.

Horowitz вывел общие принципы использования терапевтических вмешательств. Цель терапии заключается в том, чтобы удержать индивида в оптимальных пределах между симптомами чрезмерного отвержения и чрезмерной навязчивости. Данные вмешательства могут использоваться для многих целей. Существует также ряд специфических терапевтических вмешательств, которые используются только для поддержки, например, уменьшение внешних требований и отдых, тренинг релаксации, систематическая десенсибилизация, образы, разговоры с самим собой, гипнотическое восстановление ресурсов, гипнотические Я-поддерживающие внушения и медикаментозное лечение.

2. Формирование позитивного отношения к симптомам. Лица, страдающие ПТСР, пережили событие, выходящее за рамки нормального человеческого опыта. Они испытывают реакции, которые им непонятны. Многие терапевтические системы явно или неявно помогают пациентам признать, что их реакции, учитывая экстремальные обстоятельства, нормальны. Эти стратегии имеют две основные цели:

а) предотвращение дальнейшей травматизации пациентов этими симптомами (другими словами, помощь в подавлении негативного цикла развития отклонения);

б) создание для пациентов такой атмосферы, когда они имели бы возможность использовать свои собственные ресурсы (которые иначе бы не использовали). Терапевтические вмешательства, сосредоточенные на формировании позитивного отношения к симптомам, как правило, используют как аспекты Я-поддерживающих вмешательств и терапевтических вмешательств для изменения атрибуции смысла.

3. Снижение избегания. Почти все обсуждаемые терапевтические подходы основаны на снижении избегания как главной стратегии лечения. Избегание может происходить на нескольких уровнях:

- а) избегание аффектов или чувств (оцепенение);
- б) избегание воспоминаний о травмировавшем событии (амнезия);
- в) поведенческое избегание (фобические реакции);
- г) избегание обсуждения произошедшего.

Тенденция к избеганию столкновения с травмой и всем, что с ней связано, должна быть нейтрализована по двум причинам: во-первых, пациенты не могут переработать травматический опыт сами в связи с тем, что они избегают всего связанного с ним, поэтому этот опыт продолжает оставаться болезненным. Во-вторых, избегание само по себе становится проблемой, которая в дальнейшем обостряет ситуацию. Например, избегание может стать более генерализованным, оно может привести к нарушению общения с членами семьи и т. д.

4. Изменение атрибуции смысла. Поскольку атрибуция смысла травматической ситуации и реакций пациента на нее является составной частью расстройства, неудивительно, что одна из терапевтических стратегий должна изменить смысл, придаваемый травматической ситуации и ее последствиям. Для некоторых моделей (тренинг устойчивости к стрессу, семейная терапия, гипноз, психодинамическая терапия) существуют прямые терапевтические вмешательства, которые способствуют изменению смысла, придаваемого пациентом травматическому переживанию. Некоторые из этих вмешательств включают в себя интерпретацию, создание подобной ситуации, развитие теории исцеления, когнитивное реструктурирование, перемещение внимания с прошлого на будущее [4].

Имплицитные указания к изменению атрибуции существуют во всех терапевтических школах. Центральными темами являются следующие: возможность пациента вынести болезненные воспоминания и эмоции; развитие самооффективности; изменение образа себя. Существование таких феноменов, сексуальное рабство, 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 траффкинга, 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, – 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.

Библиографические ссылки

1. Малкина-Пых, И.Г. Психология экстремальных ситуаций / И.Г. Малкина-Пых. М. : Эксмо, 2005.
2. Соколова, Е.Т. Где живет тошнота? // Моск. психотерапевт. журн. 1994. № 1.
3. Соколова, Е.Т. К вопросу об исследовании диалогической природы самосознания : тез. докл. / Е.Т. Соколова, Н.С. Буракова // I Международная конференция памяти А.Р. Лурии : тез. докл. М. : МГУ, 1997.
4. Levy, F. Dance and other expressive therapies: when words are not enough / F. Levy, J. Pines Fried, F. Leventhal. N.Y. : Routledge, 1995.
5. Figley, C.R. Post- traumatic family therapy / C.R. Figley // Post-traumatic therapy and victims of violence / F. Ochberg (Ed.). N.Y. : Brunner/Mazel, 1988.