

МОДЕЛЬ ПСИХОАНАЛІТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТРАВМОВАНИМ ПІДЛІТКАМ

Оксана ХАРХАН

Copyright © 2005

Сутнісний зміст дослідження. У статті розглянуто структуру віктимності травмованих підлітків, що складається з афекту, котрий залишився після отриманої травми, механізму психологічного захисту, що спрямований на знищення чи зняття інтенсивності афекту і на формування такого світосприймання, яке б гарантувало відсутність повторних травм та забороненого неусвідомлюваного бажання і способу його реалізації. Віктимність припускає психологічну готовність “платити” одержанням травми за задоволення несвідомого потягу, тому у важких випадках спостерігаються “серії” травматизації (наприклад, хронічне попадання у ситуації, пов’язані із сексуальним примусом). Наведені моделі терапевтичної допомоги травмованим підліткам з урахуванням рівня виявленої віктимної активності, специфіки травматичних переживань, зумовлених їхнім типом особистісної організації, та ступеня патологізації дитяче-батьківських стосунків (ДБС), що впливає на генезис віктимності підлітків.

Виклад основного наукового матеріалу дослідження. Специфіка психотерапевтичної роботи з травмованими підлітками на сьогодні визначається тим, що останні здебільшого надані самим собі через нестабільні соціально-економічні умови життя суспільства. Батьки обстежуваних мало стурбовані психологічним станом власного нащадка й зорієнтовані лише на його матеріальне забезпечення. До того ж дитина часто стає заручником психологічного неблагополуччя самих батьків.

У цьому контексті найяскравішою рисою терапевтичної роботи з травмованим підлітком за сучасних обставин є не тільки відсутність допомоги чи хоча б розуміння з боку батьків, але й часто їхня відверта протидія терапії, особливо після того, як зовнішнє вираження хворобливого симптому, пов’язаного з трав-

мою, знімається на перших сеансах. Ось чому терапевтична допомога, котра спрямована на корекцію патологічних родинних стосунків у цілях профілактики повторної травматизації підлітка, зустрічає твердий опір і відмову від терапії з боку батьків. Тому одним з **надзавдань нашого пошуку** було створення *моделі психотерапевтичної допомоги* травмованим підліткам, заснованої на розгляді структури їхньої віктимності як тісно пов’язаної із специфікою дитяче-батьківських стосунків і захисних реакцій на травму, котрі у гіпертрофованому вигляді приводять до формування такого сприйняття навколишнього світу, що визначає ступінь віктимності їхньої поведінки. На наш погляд, остання корелює із самодеструктивною активністю, а це неможливо без одержання задоволення від збитку – фізичного чи психологічного. Відтак треба розглянути, яке задоволення отримує віктимний підліток від травми.

Психологічна травма підлітка, котрий постраждав від насильства, здобуває свою форму за допомогою психологічних захисних механізмів, які покликані захистити його психіку від патогенного впливу і за умов неправильного функціонування стають причиною підвищення віктимізації. У цьому фактологічному форматі завдання психолога полягає у своєчасному розпізнаванні гіпертрофованого захисного механізму і створенні стратегії усунування його пагубної дії. Як правило, така гіпертрофія зберігається завдяки психологічній (вторинній) вигоді від існуючого положення речей, тобто від отриманої травми та її наслідків для підлітка.

Отже, з’ясувавши провідне афективне переживання підлітка і притаманний йому тип психологічного захисту, можна визначити вторинну вигоду від існуючого симптому і намітити більш конструктивний спосіб її досягнення без використання даного механізму, що є метою терапевтичного або психокорекційного

Таблиця 1

Захисні психологічні механізми та відповідні їм афекти, змісти вторинної вигоди і способи психоаналітичної корекції у структурі віктимності

Захисти	Афект	Вторинна вигода	Спосіб психоаналітичної корекції
<i>Регресія</i>	Страх, відчуття безпорадності	Відхід від відповідальності, ініціювання турботи навколишніх	Прийняття відповідальності, стимулювання осмислювати свої дії
<i>Витиснення</i>	Будь-яке сильне афективне переживання	Неприйняття сенсів, котрі загрожують самооцінці	Усвідомлення витиснутого
<i>Аутистичний відхід від реальності</i>	Сильний когнітивний та емоційний дисонанс	Стимулювання навколишніх підтримувати міжособистісні стосунки без участі підлітка	Вибудовування стабільної постійної дистанції, комфортної для підлітка і навколишніх
<i>Заперечення</i>	Здебільшого сором, можливо страх, провина	Переживання могутності думок – „ситуації не було”	Усвідомлення негативних сторін захисту – неможливість робити висновки
<i>Проекція</i>	Агресія, сором, страх	Задоволення від влади над афектом, запобігання покарання Супер-Его	Усвідомлення і прийняття спроектованого як частини себе
<i>Проективна ідентифікація</i>	Агресія, сексуальність	Задоволення від власної сили, агресивності або сексуальності без докорів Супер-Его	Усвідомлення негативних сторін захисту – неможливість задоволення своїх потягів
<i>Всеомогутній контроль</i>	Сором, безпорадність	Переживання влади, захищеності	Усвідомлення негативних сторін захисту – провина і відповідальність за випадкові події
<i>Ізоляція</i>	Змісти, які фруструють самооцінку	Здатність інтелектуального пророблення без емоційного розжарення	Усвідомлення негативних сторін захисту – неможливість безпосереднього переживання позитивних емоцій
<i>Анулювання</i>	Сором, провина	Нівелювання ситуації, що травмує, можливість одержувати заборонене задоволення, сплачуючи певну ціну	Усвідомлення негативних сторін захисту – невідповідність плати одержуваному задоволенню
<i>Реактивне утворення</i>	Ненависть, заздрість, агресія, які викликають почуття провини	Можливість не втрачати цінний об'єкт, що викликає негативні переживання, стабільність у відносинах	Усвідомлення щирих почуттів підлітка і пошук конструктивного способу вираження їх
<i>Звертання проти себе</i>	Агресивні імпульси чи образа, що викликають почуття провини	Збереження відносин, стабільність і безпека у взаєминах	Корекція самооцінки
<i>Інтроєкція</i>	–	Здатність ідентифікуватися з очікуваннями цінного об'єкта	Усвідомлення змістів, аутентичних і неаутентичних для підлітка
<i>Ідеалізація і знецінювання</i>	Любов і відроза	Набуття цінності собі самому за допомогою прийняття іншого	Формування "гарного" внутрішнього об'єкта
<i>Противобічне відреагування зовні</i>	Будь-який сильний афект, частіше страх	Зробити страшну ситуацію звичайною	Усвідомлення страху і вироблення конструктивного способу його подолання
<i>Сексуалізація</i>	Страх	Зробити страшну ситуацію привабливою	Усвідомлення страху

втручання. У зв'язку з цим нами створена зведена таблиця, що містить основні захисні психологічні механізми, відповідні їм афективні переживання, вторинну вигоду від симптому й адекватні способи психоаналітичної корекції (табл. 1).

Таким чином, структура віктимності травмованого підлітка містить у собі афект, котрий залишився після отриманої травми і пов'язаний із ситуацією, у якій вона відбулася, а також меха-

нізм психологічного захисту, який, з одного боку, спрямований на знищення чи зняття інтенсивності афекту, а з іншого – на формування такого світосприймання, яке б гарантувало відсутність у житті підлітка подібних ситуацій і тим самим повторних травм. Відтак травма та афект, котрий залишається після неї запускають дію захисного механізму, а його робота створює передумови для утворення відповідного йому афекту: на ту ж саму травму істеричний під-

літок буде реагувати регресією, переживаючи страх і безпорадність, себто свою нездатність захиститися від агресора, тоді як параноїдний підліток вдасться до проєкції, переживаючи сором і безпорадність як неспроможність справитися з власними прагненнями.

Якщо захисний механізм цілком або частково реалізує неусвідомлюване бажання підлітка, яке він вважає забороненим, то ситуація травматизації виявляється умовою для досягнення забороненого задоволення, а сама травма є психологічною платою за задоволення. Отож у структуру віктимності входить заборонене неусвідомлюване бажання і спосіб його реалізації, котрий містить ситуацію травматизації, психологічну травму, яка виявляється афектом, психологічний захист, що знижує інтенсивність афекту і приносить задоволення від наслідків травми і задоволення від реалізації забороненого бажання, і, нарешті, симптом як болісне, але контрольоване покарання за цю реалізацію. До того ж віктимність припускає психологічну готовність “платити” одержанням травми за задоволення несвідомого потягу, тому у важких випадках спостерігаються “серії” травматизації – наприклад, хронічне попадання у ситуації, тим чи іншим способом пов’язані із сексуальним примушенням.

Контурно окреслена проблемна картина вказує на актуальність такої моделі терапевтичної допомоги, яка б враховувала структуру віктимності підлітка, була тісно пов’язана із психологічними захистами, яким він надає перевагу, і враховувала умови, у яких формувалася його особистість, і в такий спосіб фіксувала вплив батьківських установок на способи реалізації підліткових неусвідомлюваних бажань. У цьому контексті пропонується нами модель розроблена з урахуванням розподілу сукупної вибірки підлітків на підставі специфічних особливостей травматичних переживань, котрі зумовлені і самі спричиняють генезис віктимності останніх. Так, залежно від сучасних соціальних умов доречно виділити такі типи моделей терапевтичної допомоги, що базуються на:

1) класифікації жертв насильства за ступенем віктимної активності, що виявляється самими жертвами;

2) класифікації травматичних переживань за рівнем притаманного жертвам типу особистісної організації;

3) ступені патологізації дитяче-батьківських стосунків (ДБС), що по-різному впливають на

генезис віктимності підлітків.

Розглянемо докладніше *п’ять типів груп травмованих підлітків*, що характерні для нашої моделі терапевтичної допомоги:

1. Агресивні віктимні (поведінковий аспект віктимізації, що спостерігається). 2. Активні (звально-підбурювальні) віктимні (вербальний аспект віктимізації). 3. Пасивні віктимні (приховані аспекти віктимізації). 4. Некритичні віктимні (ситуативна віктимізація). 5. Випадкові невіктимні травмовані.

Наш терапевтичний досвід показує, що до групи **агресивних віктимних**, котрі відкрито демонструють поведінковий аспект віктимізації, відносяться підлітки з психопатичним і яскраво вираженим істеричним типами особистісної організації. Оргпринцип психопатичної особи полягає у прагненні відчути свою силу і владу або через пряме вираження агресії, або через проєктивну ідентифікацію з агресором, або ж у свідомій схильності до маніпуляції навколишніми. Це вказує на те, що таким особам притаманна деяка асоціальна емоційність, котра супроводжується вродженими тенденціями до агресивності з причини більш високого, порівняно з іншими типами, порогу збудження і стимуляції, яка приносить задоволення. Крім того, вони не визнають у себе емоцій, звичайних для інших людей, тому що останні асоціюються з уразливістю і слабкістю.

Істеричні особистості, котрі відносяться до даної групи, поряд із властивим для них набором психологічних захистів залишають пріоритет за протифобічним відреагуванням зовні, яке пов’язане із владно вигаданою заклопотаністю та небезпекою, котра надходить від протилежної статі. Саме у такий спосіб ними активно провокується ситуація насильства. На відміну від психопатичних осіб, які потребують сильної стимуляції, вони, одержуючи її, переживають нестерпний для них дистрес. Тому для них характерна наступна картина **патологізації ДБС**.

Дитяче-батьківські стосунки, які стимулюють формування психопатичного типу особистості підлітка, здебільшого характеризуються неможливістю ідентифікуватися з тими, хто про них піклується. Тому єдиною можливою стає ідентифікація з “чужорідним селф-об’єктом, котрий переживається як хижий” [6, с. 204]. Як правило, батьки в подібних сімейних обставинах підкріплюють такий стиль поведінки, що видається їм привабливим, але який не

можуть самі собі дозволити. Звичайно, зовні це має вигляд непокори й відігрування ненависті до авторитетів, а також підкріплення маніпулятивної форми поведінки для досягнення власної мети “за будь-яку ціну”.

Для підлітків з істеричним типом особистості характерна неможливість підтримки самоповаги у питаннях, пов’язаних з їхньою статтю. І це зрозуміло чому, адже в батьківській родині стать дитини майже повно знецінювалася, порівняно з протилежною, яка відіграє роль носія бажаних рис, компетентності, цінності і т.п. Головний урок, що виносять діти з таких родин, – сила є у протилежній статі, і її можна привласнити за допомогою маніпуляції “власними слабкостями”.

Специфіка травматичних переживань. Підліткам із психопатичним типом особистості притаманний конфлікт між відчуттям власної слабкості і незмогою набути самоповагу нормальним шляхом, головню через переживання любові і гордості стосовно інших людей. Віктимність таких підлітків пов’язана з неможливістю відчувати себе сильним в інший спосіб, окрім як через ідентифікацію з агресором. Порівняно з ними, у підлітків з істеричним типом особистості страх виявитися слабким пов’язаний з конфліктом між бажанням любові, підтримки і страхом бути використаними. На характерологічному рівні такі підлітки придушують власні сексуальні потяги, тому що вони є забороненими, переживаючи гіпертрофоване бажання близькості і любові. У зв’язку з цим їхня поведінка буває сексуально провокаційною, але вони не усвідомлюють, що навколишні сприймають її як пропозицію до сексуального контакту, що нерідко шокує підлітків. Вони потурають несподіваній для них пропозиції тільки задля умиротворення сексуального партнера, який лякає, або з метою полегшити почуття провини за наслідки, що викликала їхня поведінка.

Модель терапії для даної групи підлітків виступає головним чином як контейнерна і підтримувальна межі “Я”. У підлітків із психопатичним типом особистісної організації спостерігається проекція на терапевта внутрішнього агресора, а також уявлення, що терапевт буде використовувати його для своїх корисних інтересів. Причина цього в тому, що основна проблемна зона таких підлітків центрується довкола демонстрації протидії емпатії, яку природно виявляє терапевт; вони в неї не вірять,

а якщо вірять, то оцінюють як слабкість. Тому при роботі з підлітками треба виявляти свою стабільність, незважаючи на можливі агресивні реакції з їхнього боку, і так само обстоювати безкомпромісну чесність стосовно них, хоча, звісно, без зайвого моралізування.

Підлітки з істеричним типом у процесі терапії виявляють сильні, переважно негативні емоції, почуваючи погрозу з боку терапевта. Тому центральною лінією психотерапевтичної допомоги тут утверджується безоцінне сприйняття того, що діється в терапії, здійснюється своєрідне контейнерування почуттів, які є руйнівними для підлітка, уникання передчасних інтерпретацій і забезпечення доступу проінтерпретованого матеріалу у його свідомість. За найкращих умов узагальнений результат терапії – це стабілізація самоповаги підлітка без використання деструктивних способів її досягнення, а також спільне вироблення конструктивного способу, що підходить для нього і враховує соціально-психологічні особливості його життєвої ситуації.

Групу активно-віктимних (звально-підбурювальних), у яких можна помітити вербальний аспект віктимізації, що спостерігається явно, становлять підлітки з маніакальним і мазохістичним типами особистісної організації. Так, маніакальні особи вирізняються своєю депресивністю, котра нейтралізується за допомогою захисного механізму заперечення й відреагування. Такі підлітки демонструють високу мобільність і товариськість, де остання має захисну природу, тому що вони бояться близького емоційного контакту й здебільшого уникають його за допомогою гумору, або ж витлумачення серйозної ситуації як звичайної чи смішної. Захисний механізм заперечення саме й відповідальний за трансформацію в гумор тих подій, які їх тривожать, а відреагування тривоги здійснюється шляхом уникання загрозливих почуттів за допомогою сексуалізації і підбурювання, що найчастіше є допоміжними чинниками віктимізації даної групи підлітків.

Підлітки з мазохістичним (саморуйнівним) типом особистісної організації, некритично інтроєктуючи спрямовані на них чекання і використовуючи звертання проти себе, коли відчувають зростання опору цим чеканням, активно вдаються до відреагування зовні, котре виявляється у саморуйнівних діях, які являють

собою спробу справитися з прогнозованою травмувальною ситуацією. Вихідний момент зародження відреагування – тривожне чекання з приводу того неблагополуччя, котре може трапитися. Таке чекання є нестерпним і примушує підлітка спровокувати травмувальну ситуацію. У такий спосіб він знімає тривогу, переконуючись у власній силі і контролі за тим, що відбувається. Такі підлітки провокують ситуації насильства, щоб позбутися тривоги, пов'язаної з їхнім чеканням, і замаскувати почуття безпорадності, ініціюючи міжособистісні сутички. Для них характерна така **патологічна картина ДБС**.

Дитяче-батьківські відносини у підлітків з маніакальним типом особистості відрізняються наявністю сильних психологічних травм, до яких дорослі, котрі ними опікуються, ставляться із зневагою і тим самим виключають саму можливість їх переживання, пророблення, зняття. Крім того, батьками фруструються будь-які прояви аутентичних почуттів, котрі обіймають образу і природні агресивні реакції на несправедливість чи різноманітні заборони на демонстрацію агресивних почуттів, ініційованих батьками.

На відміну від підлітків з маніакальним типом, ДБС мазохістичних залишають у підлітка надію, що його люблять і піклуються, навіть якщо форма родинної турботи викликає сильне незадоволення. Окремі батьки взагалі нездатні виявляти свої емоції іншим чином, аніж як у процесі покарання. Аналізований тип відносин утворює певну інверсію стосунків у системі “дитина – дорослий”, де підліток змушений піклуватися про батьків, як про дітей, придушуючи свої природні бажання і потяги. Зате він відчуває свою позитивність у самопожертві, котра здійснюється на користь батькам.

Специфіка травматичних переживань. Якщо підлітки з маніакальним типом особистості відчувають сильне почуття провини у зв'язку з агресією до інших, побоюються прихильності, тому що втрата такої людини буде переживатися як спустошення і дезінтеграція “Я”, то підлітки з мазохістичними рисами можуть собі дозволити переживати агресивні почуття до інших, однак тільки тоді, коли їм наносять реальний фізичний збиток. Якщо ж вони об'єктивують нормальне для інших людей розчарування чи гнів із приводу психологічного збитку, то це означає, що вони захищаються від них – заперечують ці почуття,

або моралізують переживання як свій священний обов'язок почуватися і ставитися саме так, а не інакше, щоб уникнути невдоволення від відчуття себе “егоїстичними” (батьківський інтроєктований конструкт). Єдиний спосіб домогтися теплого ставлення до себе самодеструктивні (мазохістичні) підлітки вбачають у демонстрації власної безпорадності, що є основним віктимізаційним чинником для них: безпорадність підбурює навколишніх із садистичними нахилами до використання їх для отримання власного задоволення, не боячись зустріти з їхнього боку досить тверду відсіч чи опір.

Модель терапії для даної групи підлітків постає головним чином як установа нормальних довірчих міжособистісних стосунків. Обстоюючи пропоновану модель надання допомоги, здебільшого акцент роблять на здатності підлітка виправити сформоване положення справ власними силами. Психотерапевтична інтервенція повинна підтримувати неінфантильні реакції підлітків у спробі встановити міжособистісну взаємодію, засновану на довірі, де провідну роль відіграє поведінка терапевта, яка вітає наявність аутентичних підлітку гнівних реакцій на психологічне насильство та їх конструктивне пророблення.

Ще одним важливим аспектом даної моделі організації психотерапевтичної допомоги є аналіз і розвінчування патогенних переконань підлітків із приводу можливої небезпеки, котра загрожує їм і тримається на вторинній вигоді від несвідомих фантазій щодо власної всемогутності та контролю над імовірною травмувальною подією.

Групу пасивних віктимних підлітків, віктимізація яких зумовлюється дією прихованих чинників, котрі явно не спостерігаються, а виявляються тільки у процесі аналізу неусвідомлених психічних змістів, які провокують ситуації насильства, становлять переважно особи з шизоїдним, obsesивно-компульсивним і депресивним типами особистісної організації.

Шизоїдні підлітки головню знаходяться у стані конфлікту між бажанням близькості і прагненням зберегти дистанцію, на якій значуща людина не сприймалася б як така, котра поглинає або пригнічує їхнє “Я”. Ігноруючи конвенціональні суспільні чекання, вони можуть бути зовсім індиферентними до того ефекту, який справляють на навколишніх, чим привертають увагу, продукуючи негативне емоційне забарвлення. У своїх претензіях на статус

неординарної самодостатньої особистості, яка відрізняється від інших, такі підлітки викликають заздрість і бажання принизити з боку менш творчих і внутрішньо змістовних однолітків, або намагання придушити своїм авторитетом від імені психологічно неблагополучних дорослих, котрі беруть на себе роль наглядачів за дотримання соціальних норм і стандартів. Шизоїдні підлітки не бажають “бути як усі”, вбачаючи у цьому прояв сили їхнього “Я”, що не може не провокувати тенденцію навколишніх заперечувати це на тлі дії фактору віктимізації. Якщо шизоїдний підліток засвоїть, що єдиний доступний йому спосіб бути собою – це ініціювати ситуації протиставлення себе іншому, хто порушує його межі, то в основі його віктимності лежатиме шизоїдна симптоматика, пов’язана із сприйняттям довкілля як ворожого, тобто як такого, у якому можна існувати, тільки вибудовуючи чіткі межі і тримаючись на відстані від інших людей.

Підлітки з obsесивно-компульсивним типом особистісної організації більшою мірою стурбовані власним контролем за актуальними подіями, що зумовлено наявністю в них завищених вимог до себе (ще Анна Фройд визначала даний феномен як жорстке Супер-Его). На відміну від шизоїдних, вони дуже заклопотані тим, щоб відповідати соціальним чеканням, нормам і правилам, а тому їхні справжні почуття не завжди знаходяться у подібній відповідності. Тоді такі підлітки виявляють емоційну холодність чи рафінованість поряд із сильно розвинутою інтелектуальною сферою. Найбільшу тривожність вони відчувають у ситуаціях, коли треба зробити вибір. Неможливість “прорахувати” всі варіанти зазвичай закінчується тим, що спостерігається тенденція відкладати рішення справи доти, доки ситуація не починає розгортатися таким чином, що вибору зовсім не залишається (для самих підлітків). Комппульсивний варіант аналізованого типу відрізняється тим, що починає діяти для того, щоб не опинитися у ситуації вибору, а обставин з мінімальним ризиком травматизації переводить у травматичні.

Депресивні підлітки тенденційно не стільки схильні попадати у ситуації, пов’язані з травматизацією, скільки є ідеальним об’єктом для відреагування агресивності навколишніх, тому що нездатні виявляти відповідну агресію. До того ж гнівні реакції на несправедливість вони адресують не кривднику, а перенаправляють

у свою сторону, переживаючи ірраціональне почуття провини, котре дозволяє їм за будь-яку ціну зберігати відносини. Крім того, даний тип підлітків схильний ідеалізувати і, природно, надмірно довіряти дорослим. Тому при перших ознаках того, що інша особа виявляє тенденцію до насильства над підлітком, останній буде ігнорувати їх аж до самого акту насильства, а потім ще й буде вважати себе справді винним. Для цієї категорії віктимно травмованих характерна така **картина патологізації ДБС**.

Шизоїдний тип особистості підлітка утворюється, коли батьки висувають вкрай суперечливі вимоги до нього, що не може не дезорганізувати його думки і поведінку. Тоді підліток постійно потрапляє у ситуації невизначеності і змушений дистанціюватися від усього, що визначає не він сам, а найближчі родичі.

В іншому випадку, коли сімейна система сприяє формуванню підлітків з obsесивно-компульсивним типом особистісної організації, дорослі, котрі піклуються про них, пред’являють занадто високі стандарти не тільки до їхньої поведінкової сфери (де підліток у цілому може контролювати свої природні прагнення, коли вони суперечать суспільним розпорядженням), а й до їхніх думок, почуттів і фантазій, що є психологічним насильством над особистістю. У результаті такі підлітки починають сприймати свої бажання як ненормальні і ганебні, переживати почуття провини за недостатній контроль над ними.

Для підлітків з депресивним типом ДБС складаються таким чином, що батьки у прихованій формі фруструють їхнє природне прагнення бути незалежними та агресивними, демонструючи, що така поведінка заповдіює їм біль, унаслідок чого підліток тотально звинувачує себе у батьківському неблагополуччі. Поряд з раніше розглянутими типами особистісної організації такі підлітки також вимушені фрагментарно сприймати себе “ненормальними”, точніше винними у заподіянні болю близьким людям. Водночас найбільш пагубним впливом на підлітка відзначається конструкт, який відображає глибоке переконання, що будь-які форми самопідтримки і турботи стосовно себе є вираженням його егоїзму, з яким той повинен боротися.

Специфіка травматичних переживань. Підлітки із шизоїдним типом особистості почувають себе такими, що дуже помітно відрізняються

няються від інших. Це призводить до того, що навіть найближчі родичі сприймаються як нездатні їх зрозуміти й оцінити. Свій власний емоційний світ переживається ними як гіпертрофований і ненормальний.

Обсесивно-компульсивні підлітки борються з власною “ненормальністю” за допомогою розвитку і чіткого дотримання моральних принципів, що постають перед ними як форми контролю. При цьому природне переживання гніву, пов’язаного з несправедливими чи нездійсненими вимогами стосовно них, сприймається як щось руйнівне і заборонне. З іншого боку, тотальна провина депресивних підлітків має у своєму підґрунті вторинну вигоду від переживання задоволення від двох моментів: а) “краще бути винним, а не слабким і безпорадним” і б) “якщо я себе буду вести так, як цього бажає інша людина, то вона мене не зачіпатиме”.

Модель терапії для даної групи підлітків головно є катарсично підтримувальною і збагачувальною. Так, у роботі із шизоїдно організованими підлітками варто уникати інтерпретацій на початковій стадії надання психотерапевтичної допомоги, тому що вони переживають їх як вторгнення. Щоб наступні зусилля не сприймалася ними аналогічно, треба не стільки уточнювати, скільки збагачувати пропонований матеріал літературними прикладами чи культурно-міфологічними метафорами.

У взаєминах з обсесивними підлітками потрібне переведення роботи з інтелектуальної сфери в афективну площину, спираючись на можливості уяви, символіки і метафоричної комунікації. Крім того, їм треба допомогти висловити гнів і критичне ставлення до терапевта (в аналізі переносу), а також виявляти афекти та одержувати від цього задоволення.

Для депресивних підлітків важлива атмосфера прийняття і терпіння, а також обережне і неспішне розвінчування конструктів, котрі свідчать про їхню негативність та провини. Тут головне в терапевтичному процесі – перевести ці переживання з Его-сінтонних в Его-дістонні.

Некритичні віктимні підлітки, яких можна виділити в окрему групу, мають свої специфічні риси, завдяки котрим підвищується ризик ситуативної віктимізації. Їхня активність не стільки провокує можливу травматизацію, скільки унеможлиблює її профілактику. До даної групи, скажімо, відносяться підлітки з

істеричним типом особистісної організації, у яких провідним психологічним захистом, поряд з витісненням, є регресія, а також такий, що рідко зустрічається, проте характеризується яскраво помітною дисоціативністю стосовно травми й у такий спосіб позбавляється доступу до інформації про шляхи її уникнення.

Дисоціативний тип особистості на сьогодні настільки мало описаний, що його іноді плутають з істеричним. Вважається, що ці типи мають загальне конституціональне підґрунтя. Однак при аналізі підлітків першої групи з’ясується, що їхні травми психологічно нестерпні. Щодо істеричного типу, то він розглядався вище як приналежний до групи активних віктимних підлітків з одним застереженням – у ролі провідного захисту діє протифобічне відреагування назовні. Разом з тим якщо часто використовуються витіснення і регресія, то маємо справу з істеричним типом, що в окремих класифікаціях визначається як інфантильний. Їм притаманна наступна **картина патологізації ДБС.**

У родині підлітка з дисоціативним типом батьки, як правило, звикли заперечувати почуття і не визнавати пережиту ним біль, тобто поводитися так, ніби отримана травма – це його фантазія. Ще більш патологічною формою батьківського ставлення є покарання за емоційну реакцію підлітка на травму. Для формування інфантильного типу досить неявного схвалення батьками тенденції витіснити неприємні події, котре спричинене здебільшого їхньою нездатністю надати допомогу. Тому регресивні тенденції підлітка одержують статус нормальних і правильних.

Специфіка травматичних переживань.

Для дисоціативних підлітків минула травма – це сьогодення, від якого можна позбутися, “викресливши його з розгляду”. Вони важко переживають неможливість виявляти опір агресору в будь-якому вигляді, почасти ненавидять своїх батьків, сприймаючи це як щось жахливе. Звідси походить характерне роздвоєння Я та формується особистість-супутник, про яку підліток може сказати: “це – не я”. Найбільше травмує таких підлітків незмога довіряти ні собі, ані іншим, що врешті-решт призводить до відчуття тотальної самотності. Загалом перебіг регресивних реакцій організується як спроба викликати в навколишніх турботу, проте вони не схильні їй довіряти.

Для інфантильних істеричних підлітків характерне переживання себе як маленької й до певної міри неповноцінної дитини, змушеної взаємодіяти із сильними і компетентними іншими. Регресію вони використовують з тією ж метою, що й дисоціативні.

Модель терапії для даної групи підлітків є головним чином такою, що підтримує дорослі форми реакції, засновані на здатності підлітка впоратися із травматичною ситуацією. Однак важливо, щоб терапевтична фрустрація стосувалася саме інфантильних реакцій, а не почуттів, пов'язаних із травмою. При цьому окрему спільність становлять випадкові невіктимні травмовані підлітки, котрі не виявляють особливості активності стосовно віктимізації. Вони демонструють широкий набір психологічних захистів, з перевагою більш зрілих, тобто вторинних. Для них хоча й не характерна патологізація ДБС, однак існує ймовірність, що підліток при певному збігу обставин може стати віктимним.

Вибірка презентованого емпіричного дослідження типів віктимної активності складалася із 63 підлітків середнього і старшого віку, які постраждали від насильства і проходили судово-психологічну експертизу для виявлення ступеня провокації до насильства з їхнього боку. У вибірці присутні підлітки обох статей, але потерпілих жіночої статі було значно більше – 58 осіб, тому аналітично не відстежувалися гендерні особливості віктимності.

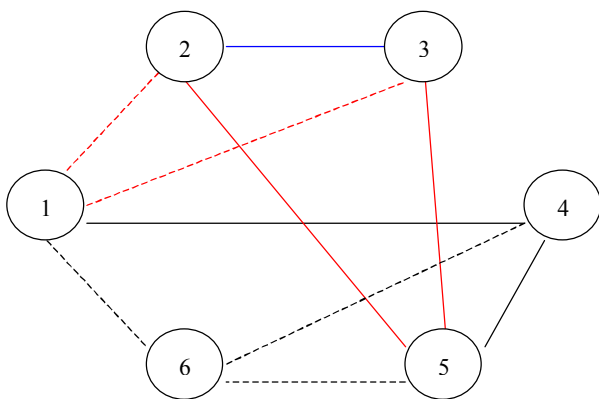


Рис. 1.

Зв'язки-залежності між шкалами методики типів віктимної активності травмованих підлітків, отримані за критерієм рангової кореляції Спірмена, де :

- пряма кореляційна залежність,
- - - зворотна кореляційна залежність,
- а номерам 1–6 відповідають шкали методики “ТВА”: 1. Загальна віктимність. 2. Агресивний ТВА. 3. Підбурювальний ТВА. 4. Прихований ТВА. 5. Ситуативний ТВА. 6. Соціальна бажаність.

Під час роботи з кожним обстежуваним використовувалася методика вивчення патологічних сімейних ролей [2, с. 300], що розроблена в рамках дисертаційного проекту як методика розрізнення типів віктимної активності (ТВА), а також проводилася психоаналітична бесіда для розпізнавання типу особистісної організації конкретного підлітка [6, с. 473]. За допомогою комп'ютерного пакета статистичних програм виявлялися кореляційні залежності; для цього застосовувався непараметричний критерій рангової кореляції Спірмена. У результаті нами отримані такі кореляції між шкалами вищезазначеної методики (див. рис. 1, 2).

Далі нами здійснений аналіз кореляційної залежності між даними, отриманими за допомогою обох розглянутих вище методик (“ТВА” і “Сімейні ролі”), й одержані цікаві результати (рис. 3).

Нами підрахований відсоток кожного типу віктимної активності та наявності патологічної сімейної ролі у загальній вибірці усіх травмованих підлітків (табл. 2).

Отримані дані дають змогу зробити кілька інтерпретацій стосовно проблеми впливу батьківського ставлення на формування віктимності підлітка. По-перше, загальна віктимність безпосередньо позитивно пов'язана з прихованими чинниками віктимності і негативно – з агресивними, підбурювальними типами та соціальною бажаністю. Відтак віктимність більшою мірою визначається не зовнішніми діями-проявами агресії, які скоріше відштовхують по-

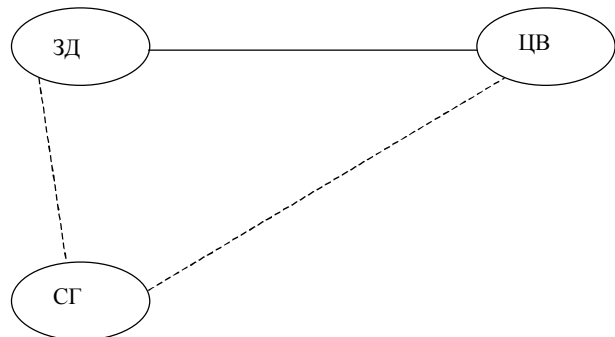


Рис. 2.

Зв'язки-залежності між патологічними сімейними ролями, отримані за критерієм рангової кореляції Спірмена, де:

- пряма кореляційна залежність,
- - - зворотна кореляційна залежність,
- СГ – сімейний герой, ЦВ – цап-відбувайло, ЗД – занедбана дитина.

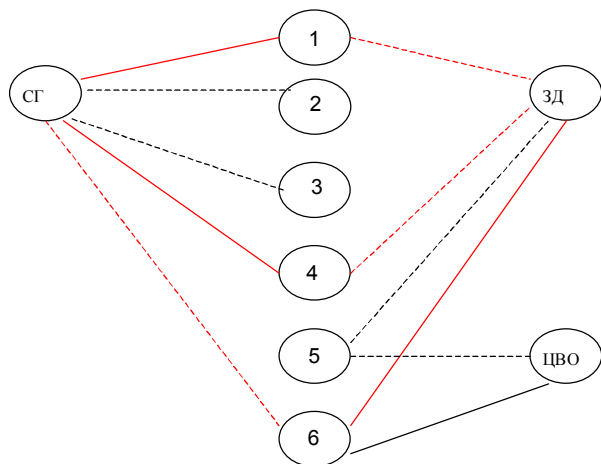


Рис. 3.

Зв'язки-залежності між емпіричними даними, що отримані за методиками “Типи віктимної активності” та “Сімейні ролі” й підраховані за критерієм ранньої кореляції Спірмена, де:

- пряма кореляційна залежність,
 - - - - зворотна кореляційна залежність,
 СГ — сімейний герой, ЦВ — цап-відбувайло,
 ЗД — занедбана дитина,
 а номерам 1 – 6 відповідають шкали методики “ТВА”: 1. Загальна віктимність. 2. Агресивний ТВА.
 3. Підбурювальний ТВА. 4. Прихований ТВА.
 5. Ситуативний ТВА. 6. Соціальна бажаність.

тенційного агресора, скільки провокативною демонстрацією власної безпорадності чи залежності. *По-друге*, агресивний і підбурювальний типи віктимності характеризуються прямою кореляцією між собою, тобто можна стверджувати, що вони відрізняються тільки формою і ступенем з'яви агресивності, котра може привести до травматизації. Далі, ці два типи зворотно корелюють із загальною віктимністю, що було нами проінтерпретовано раніше, і мають пряму кореляцію із ситуативним типом активності, що можна пояснити так: ситуативна віктимність визначається інфантильністю і частим використанням витіснення та регресії, які передбачають адекватне усвідомлювання наслідків тих дій (у тому числі і проявів агресивності), котрі вчиняє підліток і котрі спроможні спричинити травматизацію. *По-третє*, прихований тип віктимності має зворотний кореляційний зв'язок із соціальною бажаністю, що свідчить про існування психологічних чинників, котрі зумовлюють травматизацію. Вони не явно помітні у поведінці підлітка і пов'язані з тим, що останній перетворює ситуацію з мінімальним ризиком травматизації на травматичну

Таблиця 2

Емпіричні дані процентного розподілу між типами віктимної активності та сімейними ролями травмованих підлітків

Сімейні ролі	№ п/п	Типи віктимної активності
Сімейний герой = 48%	1	Агресивний =17%
Цап-відбувайло =35%	2	Підбурювальний =17%
Занедбана дитина =14%	3	Прихований =17%
Сімейний клоун =3%	4	Ситуативний =8%
	5	Загальна віктимність =20%

завдяки існуванню внутрішнього протесту проти обмежень його потреб. *По-четверте*, цей тип має прямий кореляційний зв'язок із загальною віктимністю та її ситуативним типом, що з'ясовується дією протифобічного відреагування, дисоціації, проективної ідентифікації, витіснення, сексуалізації і регресії, які приводять до психологічної готовності стати жертвою – єдиного способу реалізувати несвідомий потяг і водночас відповідати вимогам Супер-Его. *По-п'яте*, соціальна бажаність має зворотну кореляційну залежність із загальною віктимністю, її прихованим типом та ситуативним формовиявленням. Це свідчить про те, що дані три типи є визначальними у розвитку і реалізації віктимної активності підлітка, а агресивний і підбурювальний можна розглядати як окремі випадки ситуативної активності (*див. рис. 4*).

Аналіз взаємозв'язку між шкалами методик “ТВА” і “Сімейні ролі” вказує на такі результати. Патологічна роль “Сімейний герой” має пряму кореляційну залежність із загальним та прихованим типами віктимності. А це свідчить про те, що, реалізуючи очікування батьків в ідеальній дитині і стаючи їхнім нарцистичним розширенням, нащадок задовольняє потребу в їхньому схваленні і турботі, але перекреслює власне “Я”, у зв'язку з чим не може реалізувати свої власні бажання і потреби, тому їхнє задоволення можливе тільки при знятті відповідальності шляхом отримання статусу жертви. Водночас дана роль має зворотну кореляційну дію із соціальною бажаністю, що підтверджує існування протесту проти нав'язаних норм і правил та сформованої схильності бути жертвою як компромісом між бажанням і заборонаю.

Зворотна кореляція з агресивним і підбурювальними типами є свідченням дотримання культурних вимог і заборон Супер-Его на демонстрацію агресії, що підтверджує таку тезу:

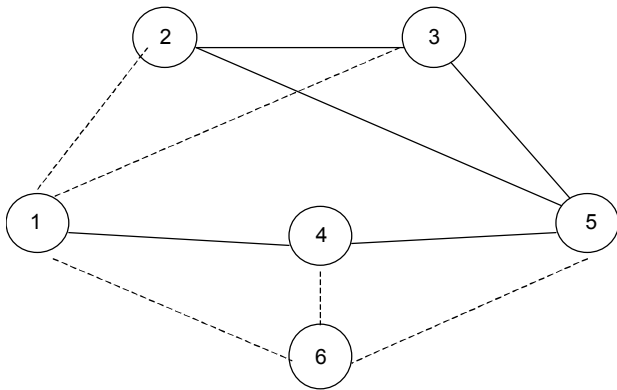


Рис. 4.

Зв'язки-залежності між агресивними і підбурювальними типами ситуативно-віктимної активності травмованих підлітків, отримані за критерієм рангової кореляції Спірмена, де:

— пряма кореляційна залежність,
- - - зворотна кореляційна залежність,
а номерам 1 - 6 відповідають шкали методики "ТВА": 1. Загальна віктимність. 2. Агресивний ТВА. 3. Підбурювальний ТВА. 4. Прихований ТВА. 5. Ситуативний ТВА. 6. Соціальна бажаність.

підлітки з даним типом реалізують бажання батьків більшою мірою, ніж свої власні.

Патологічна сімейна роль "Занедбана дитина" має пряму кореляцію із соціальною бажаністю, що вказує на прагнення підлітка виглядати цінним і гідним любові. Також спостерігаються зворотні кореляційні залежності між даною роллю і загальною віктимністю, її ситуативним і прихованим типами. Відтак підлітки з аналізованим типом менш інфантильні, більше усвідомлюють свої дії, дещо вільніші у реалізації потреб і здатні до самозахисту. В них переважає бажання одержати схвалення і позитивну оцінку від людей з високим соціальним статусом, що є певною передумовою формування віктимності. Однак залежність від батьків, учителів, старших товаришів та інших навколишніх приводить до ситуації травматизації, і то тільки за умови навмисної експлуатації підлітка з боку останніх.

Патологічна сімейна роль "Цап-відбувайло" є окремим випадком ролі "Занедбана дитина", тому що має загальні з нею кореляції: пряму із соціальною бажаністю і зворотну – із ситуативним типом віктимності. Це підтверджує наявність інвертованих ДБС, при яких відповідальність за неприємності, що відбуваються, накладається на дитину, котра прагне довести, що вона гідна любові й уваги. Таким чином, дана

група схильна перебільшувати свої недоліки і ступінь відповідальності, що само собою може переживатися як травма. Більше того, травматичним тут є саме факт такого ставлення батьків, яке позначається на формуванні недовіри до всіх дорослих. З цієї причини зрозуміло одне: якщо підліток виявиться жертвою, то існує дуже мала імовірність, що він розповість про це дорослому. Цим можуть бути пояснені отримані нами результати відсутності прямих кореляцій з розглянутими типами віктимності і наявність високої кореляції зі шкалою соціальної бажаності.

ВИСНОВКИ

А. 1. Підвищена віктимність неповнолітніх зумовлена їхньою соціальною роллю, де визначальною детермінантою схильності до такої поведінки є роль підлітка у сім'ї.

2. У переважній більшості випадків поведінка віктимного підлітка є провокацією агресора, в основі чого знаходяться такі психологічні складові, як несвідоме відчуття провини; бажання бути покараним тим способом, який неусвідомлено вибирає потерпілий; проекція власних нападницьких імпульсів на агресора, взаємодія з яким задовольняє неусвідомлені агресивні прагнення жертви. В основі таких саморуйнівних вчинків як самогубство (крайня форма), або членушкодження, схильність потрапляти у ситуації, пов'язані з ризиком для життя, імпульсний вибір хірургічного втручання там, де його можна було уникнути (компромісна форма), є видимими елементами агресивності, покарання (аутоагресії) і спокутування (поєднання еротички і деструктивних імпульсів).

3. Принцип жертвовності реалізується підсвідомим прагненням особистості стати жертвою нещасного випадку, яка при цьому намагається забезпечити собі шанс на виживання, оскільки більшість підсвідомих страхів існує тільки в її уяві. Так уможлиблюється часткова нейтралізація деструктивних імпульсів.

Б. Специфіка травматичних наслідків віктимної поведінки підлітка залежно від форми захисної реакції його психіки на одержану травму полягає в наступному.

1. Встановлено такі види травматичних переживань, котрі є наслідком психологічного насильства: безпорадність, яка виявляється у страху бути слабким; безпорадність як некомпетентність і переживання сорому за неї;

наявність відчуття провини за те, що відбулося; знецінення власної особи, котре породжує страх бути знедоленим; переживання своєї “жертвності” як значущості або частини індивідуальності; тривога як страх повторення травмувальної ситуації; страх вторгнення у внутрішній світ як нав'язана копія насильства; страх бути використаним.

2. Травматичні переживання спричиняють роботу захисних механізмів, які, за умов їх адекватного використання, знижують ступінь тривоги стосовно одержаної травми, але при частому їх застосуванні це переживання підсилюється виникненням дезадаптивної поведінки щодо самої травми.

3. Форму травматичним переживанням надає дія захисних механізмів, які знаходяться у підґрунті типів особистісної організації і відповідають за властиві особистості паттерни поведінки.

В. Пропонована типологія віктимних підлітків базується на: а) класифікації жертв насильства за критерієм ступеня їхньої віктимної активності; б) систематики травматичних переживань, що здійснюється на змістових засадах певного типу особистісної організації, властивого жертвам; в) особливостях патологізації ДБС, котрі так чи інакше впливають на генезис віктимності підлітків. В основі кожного типу знаходиться розподіл загальної вибірки травмованих підлітків на наступні групи: агресивні віктимні (спостерігається поведінковий аспект віктимізації); активні (спокусливо-підбурювальні) віктимні (переважає вербальний аспект віктимізації); пасивні віктимні (приховані аспекти віктимізації не спостерігаються); некритичні віктимні (ситуативна віктимізація); випадкові невіктимні травмовані.

Г. Запропонована типологія віктимних підлітків дала змогу розробити кілька моделей психопрофілактичної і психотерапевтичної допомоги віктимним підліткам залежно від психологічної конституції останніх.

1. До групи агресивних віктимних, котрі демонструють аналізований поведінковий аспект віктимізації, відносяться підлітки з психопатичним і яскраво вираженим істеричним типами особистісної організації. Модель терапії для даної групи осіб має бути такою, що контейнерує і підтримує межі “Я”.

2. Групу активних (спокусливо-підбурювальних) віктимних, у яких наявний очевидний вербальний аспект віктимізації, становлять підлітки з маніакальним і мазохістським типами особистісної організації. Модель терапії для даної групи підлітків має бути такою, що

встановлює нормальні міжособові відносини, котрі тримаються на довірі.

3. Групу пасивних віктимних підлітків, віктимізація яких створюється дією прихованих, неявно діяльних чинників, котрі виявляються тільки у процесі аналізу неусвідомлюваного психічного змісту, що приводить до провокації ситуації насильства стосовно підлітка, становлять підлітки з шизоїдним, obsесивно-компульсивним і депресивним типами особистісної організації. Модель терапії для даної групи підлітків має бути такою, що катарсично підтримує і збагачує кругозір підлітка.

4. Некритичні віктимні підлітки, котрих також можна виділити в окрему групу, мають свої специфічні риси, завдяки яким відбувається підвищення ризику ситуативної віктимізації. Інакше кажучи, активність таких підлітків не стільки провокує імовірну травматизацію, скільки робить неможливим її профілактику. До даної групи відносяться підлітки з істеричним типом особистісної організації, де провідним психологічним захистом, поряд із витісненням, є регресія, а також, інколи яскраво помітний диссоціативний тип орієнтування, що блокує травму і у такий спосіб перебиває доступ до інформації, завдяки якій можна уникнути її повторення. Модель терапії для даної групи підлітків має бути такою, що підтримує дорослі форми реакції, засновані на здатності підлітка справитися з травмувальною ситуацією. Проте важливо, щоб терапевтична фрустрація торкалася саме інфантильних реакцій, а не відчуттів, пов'язаних з травмою.

Д. Отже, існують значущі відмінності у переживанні психологічної травми і у процесі виходу з неї у віктимних і невіктимних підлітків, а також по-різному виявляється залежність між специфікою психологічної травми підлітка і формою його захисної реакції психіки на травму, яка спричинена типом ДБС. Адекватна модель психотерапевтичної допомоги травмованим особам молодого віку реалізує корекцію гіперфункціонального перебігу їхніх відомих захисних механізмів.

1. Хендиг, фон Г. Курс советской криминологии. – М., 1988. – Т.1. – С. 169.

2. Гребенюк А.А., Пасечников А.Ю., Тузов В.В., Егоров В.И. Наркомании начала 21 века. – Симферополь: Таврия, 2003. – 368 с.

3. Кернберг О. Агрессия при расстройствах личности и психопатиях. – М.: Класс, 1998. – 368 с.

4. Кернберг О. Отношения любви (норма и патология). – М.: Класс, 2000. – 256 с.

5. Минская В.С., Чечель Г.И. Виктимологические факторы и механизмы преступного поведения. – Иркутск: Наука, 1988. – 120 с.

6. Мак-Вильямс Н. Психодинамическая диагностика. – М.: Класс, 1998. – 480 с.