

# СПЕЦИФИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЩИН КАК ОТДАЛЕННЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ

Н. А. ШАПОВАЛОВА

## SPECIFIC PERSONALITY DISORDERS IN WOMEN AS LONG-TERM SEQUELAE OF SEXUAL VIOLENCE

N. A. SHAPOVALOVA

*Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины, Харьков, Украина*

**Рассмотрены специфические расстройства личности у женщин, перенесших в детстве или подростковом возрасте сексуальное насилие, как его отдаленный результат.**

*Ключевые слова: сексуальное насилие, последствия изнасилования, специфическое расстройство личности.*

**Specific personality disorders in women who survived sexual violence in childhood or adolescence are discussed as its long-term sequelae.**

*Key words: sexual violence, violence sequelae, specific personality disorders.*

Сексуальные преступления, посягающие на достоинство, психическое и физическое здоровье человека, следует считать одним из самых опасных видов преступлений против личности. К тому же они имеют большую распространенность во всем мире, составляя около 22 % всех выявленных преступлений при том, что регистрируется только одно из восьми совершенных сексуальных преступлений [1, 2]. Понятно, что сексуальная преступность привлекает внимание исследователей, и в последние годы большое развитие получила судебная сексология, предметом которой являются различные аспекты этой проблемы — социальные, психологические, правовые [3–5]. Однако в опубликованных работах рассматриваются в основном только личность преступника, механизмы мотивообразования преступного поведения и т. п. Вторая сторона сексуального преступления, а именно психическое состояние жертвы, ее личностные особенности, причины возникновения ситуации насилия, психологические механизмы виктимного поведения и последствия насилия для жертвы остаются очень мало изученными. Этим вопросам посвящены лишь единичные работы [1, 6].

Между тем, поскольку действия преступника и жертвы взаимосвязаны и в определенной мере взаимообусловлены, знание этих факторов необходимо, с одной стороны, для успешной борьбы с сексуальной преступностью, с другой — для оказания помощи жертвам. Нельзя не учитывать, что сексуальное насилие в подавляющем большинстве случаев является тяжелой психотравмой, которая часто приводит к развитию той или иной психической патологии (невротических расстройств, специфических расстройств личности) и дисгармонизирует жизнь пострадавших, в частности их супружескую жизнь.

Целью настоящего исследования было изучение личностных особенностей женщин, подвергшихся насилию в детском или подростковом возрасте (жертв педофилов, эфебофилов и инцеста) и страдающих специфическим расстройством личности.

Нами были обследованы 86 женщин в возрасте от 25 до 40 лет, которые перенесли сексуальное насилие в детстве или будучи подростками, в настоящее время состояли в браке и обратились за помощью в Харьковский областной психоневрологический диспансер в связи с супружеской дезадаптацией.

У всех женщин было диагностировано специфическое расстройство личности разных типов: демонстративное (37±5%), диссоциальное (29±5%), шизоидное (9±3%), ананкастное (9±5%), тревожное (8±3%), зависимое (6±3%) и параноидное (1±1%).

Находившимся под наблюдением пациенткам было проведено психодиагностическое обследование, включавшее многостороннее исследование личности по методике ММРІ в модификации Ф. Б. Березина с соавт. [7] и удовлетворенности своей сексуальностью по W. E. Snell, D. R. Parini [8].

В результате обследования по методике ММРІ, проведенного с учетом имеющегося у женщин типа расстройства личности, было выявлено пять вариантов усреднения профилей личности.

Первый вариант, наблюдавшийся у 32 (37±5%) женщин — пациенток с демонстративным расстройством личности (рис. 1), характеризовался максимальным повышением профиля на третьей, умеренным повышением на шкалах первой, четвертой и шестой и снижением на нулевой шкале. Это свидетельствует об эгоцентризме, демонстративности поведения в сочетании со стремлением

отрицать трудности социальной адаптации и подчеркивать свое соматическое неблагополучие. Высокая способность этих женщин к вытеснению, позволяющая устранять тревогу, в то же время затрудняла формирование достаточно устойчивого поведения. Их поведение строилось на основе предшествующего опыта, а в каждом отдельном случае определялось методом «проб и ошибок», что диктовалось лишь удовлетворением желаний. Высокий уровень вытеснения способствовал тому, что пациенты игнорировали отрицательные сигналы со стороны окружающих и сохраняли высокую самооценку, позволяли себе бесцеремонное поведение без правильной оценки впечатления, производимого на окружающих, т. е. не оценивали критически ситуацию и свое поведение.

Женщины с данным вариантом профиля личности стремились быть в центре внимания, всячески добивались признания и поддержки. При этом их межличностные контакты осуществлялись на незрелом и поверхностном уровне. Соматические жалобы они использовали как средство разрешения конфликтных ситуаций, уменьшения напряженности, как способ избежать ответственности. Декомпенсирующими факторами обычно служили повышенные требования и нагрузки, а также нарушение отношений, в частности супружеских. Разрешать конфликтные ситуации они старались социально приемлемым путем.

Для женщин с первым вариантом профиля личности была характерна дисгармоничность, которая выражалась в сочетании стремления ориентироваться на внешнюю оценку (с вытеснением отрицательных сигналов, исходящих от окружающих) и ощущения враждебности со стороны окружающих. Они подавляли свою подозрительность и агрессивность при осуществлении социальных контактов, декларируя положительное отношение к окружающим, причем агрессивность проявлялась по отношению к близким и чаще всего не осознавалась либо получала рациональное объяснение.

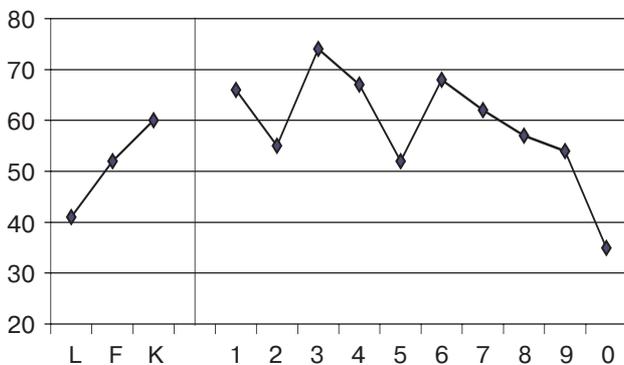


Рис. 1. Первый вариант усредненного профиля личности, выявленный у женщин с демонстративным расстройством личности

Второй вариант профиля личности, выявленный у 20 (23±5%) женщин с тревожным, зависимым и ананкастным типами расстройства, отличался повышением на второй, седьмой шкалах и снижением на девятой шкале (рис. 2), что свидетельствует об ощущении безразличия и затруднении межличностного общения.

Женщины с таким профилем личности были замкнуты, пессимистичны, молчаливы, застенчивы. Они выглядели ушедшими в себя и избегающими контактов, однако нуждались в глубоких и прочных связях с окружающими. Уже одна только угроза разрыва связей вызывала у них тревогу. Их уединенность и отгороженность отражали стремление избежать разочарования. В действительности они испытывали потребность привлечь и удержать внимание окружающих, дорожили их оценкой. Для таких лиц характерны реакции, сопровождающиеся чувством вины, гневом, направленным на себя, ситуации, требующие агрессивной реакции, вызывают у них тревогу. Кроме того, при таком варианте профиля личности отмечают навязчивое беспокойство, напряженность, нерешительность.

Для наших пациенток с данным профилем были характерны также сниженная самооценка, пессимистичная оценка перспективы, интрапунитивность, которые сочетались с внутренней напряженностью, тревогой, страхами, снижением продуктивности мыслительной деятельности, инициативности и ощущением подавленности.

При третьем варианте профиля личности (25 женщин, 29±5%), выявленном у пациенток с диссоциальным типом расстройства личности, имело место повышение на четвертой и умеренное повышение — на седьмой шкале (рис. 3), что свидетельствует о непосредственном отражении в поведении эмоционального напряжения, связанного с блокадой активизированной потребности, минуя систему установок, отношений и социальных ролей, без учета социальной и этической нормы.

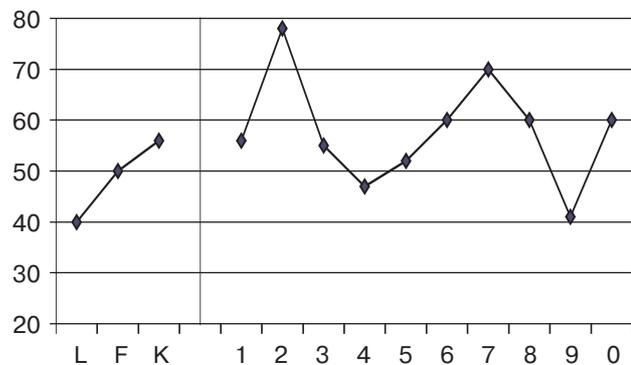


Рис. 2. Второй вариант усредненного профиля личности, наблюдавшийся у женщин с тревожным, зависимым и ананкастным расстройством личности

Эти женщины отличались пренебрежением к принятым моральным и этическим ценностям. Неспособность организовать поведение в соответствии с устойчивыми мнениями, интересами и целями делали поведение женщин плохо предсказуемым. С этим обстоятельством было связано их неумение планировать свои поступки, действия и пренебрежение к их последствиям. Недостаточная способность извлекать пользу из собственного опыта приводила к повторным конфликтам женщин с окружающими. Их межличностные отношения отличались поверхностностью и нестойкостью контактов. Асоциальные проявления касались только ближайшего окружения при социально приемлемой рационализации и узкой направленности враждебности и протеста (повышение на седьмой шкале).

Четвертый вариант профиля личности был выявлен у 8 ( $9\pm 3\%$ ) женщин с шизоидным расстройством. Как видно из рис. 4, он характеризовался максимальным повышением на восьмой и умеренным повышением на шестой шкале, что отражает дистанцирование, затрудненность повседневных контактов, ориентацию главным образом на внутренние критерии, нарушение адекватного эмоционального реагирования, ригидность. Стремление ликвидировать свою отгороженность и неспособность преодолеть коммуникативные затруднения порождало у этих пациенток амбивалентность в отношениях с окружающими, связанную с ожиданием внимания и в то же время боязнью холодности с их стороны. При этом для них было характерно стремление возложить на окружающих вину за нарушение межличностных отношений, жизненные трудности и эмоциональные конфликты.

Пятый вариант профиля, наблюдавшийся у одной из наших пациенток — женщины с параноидным расстройством личности, характеризовался максимальным повышением на шестой шкале и умеренным — на второй, четвертой и восьмой, снижением на пятой, девятой и нулевой (рис. 5). Такой профиль личности свидетельствует о ригид-

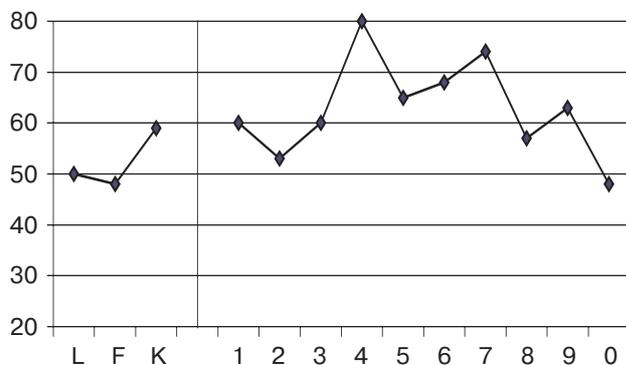


Рис. 3. Третий вариант усредненного профиля личности, характерный для женщин с диссоциальным расстройством

ности аффекта, связанной главным образом с эгоистическими побуждениями. Этим объясняется длительное переживание собственных успехов, которое включает повышенное себялюбие и недовольство недостаточным признанием со стороны окружающих. Пациентка была озабочена своим престижем и отличалась повышенной чувствительностью к несправедливости, действительной или мнимой. Сенситивность сочеталась у нее с тенденцией к самоутверждению, что порождало подозрительность, критическое, враждебное отношение к окружающим, упрямство и агрессивность. Исходная аффективная ригидность и чувство враждебности приводили к трудностям в межличностных связях, сопровождавшимся тревогой. Стремление избежать разочарования, ограничивающее контакты, сочеталось с ожиданием враждебных или недобросовестных действий окружающих.

У этой пациентки отмечалась склонность к асоциальному поведению из-за пренебрежения морально-этическими нормами, правилами, обычаями, в связи с чем еще более возрастали трудности социальной адаптации. При этом характерно было стремление возложить на окружающих вину за нарушение межличностных отношений, жизненные

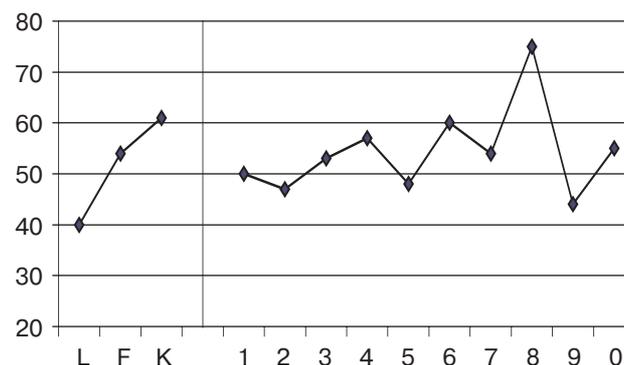


Рис. 4. Четвертый вариант усредненного профиля личности, выявленный у женщин с шизоидным расстройством

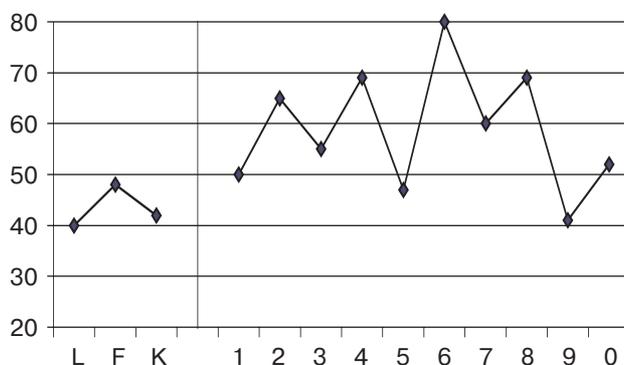


Рис. 5. Пятый вариант усредненного профиля личности, выявленный у пациентки с параноидным расстройством

**Оценка различных аспектов сексуальности женщин  
в зависимости от типа расстройства личности**

Тип расстройства личности	Сексуальная самооценка		Сексуальная депрессия		Сексуальная озабоченность	
	X	S	X	S	X	S
Диссоциальный	6,47	0,33	4,41	0,37	4,66	0,37
Демонстративный	5,41	0,59	4,89	0,53	7,01	0,23
Ананкастный	3,5	0,31	6,45	0,32	3,19	0,32
Зависимый	3,7	0,26	6,55	0,21	3,35	0,34
Шизоидный	6,09	0,21	4,4	0,41	4,22	0,48
Тревожный	3,31	0,28	6,15	0,28	3,22	0,32
Параноидный	6,13	0,27	4,2	0,39	4,31	0,54

трудности и эмоциональные конфликты.

Таким образом, выявленные у обследованных женщин усредненные профили личности позволили объективизировать особенности, характерные для имеющих у них типов специфического расстройства личности.

Следующим этапом обследования женщин с последствиями перенесенного сексуального насилия было изучение удовлетворенности их своей сексуальностью.

В литературе описаны факторы, способствующие снижению удовлетворенности своими сексуальными отношениями: это чувство вины, определяемое как тенденция наказывать себя за реальное или предполагаемое нарушение норм сексуального поведения, и личностные черты, влияющие на сексуальную адаптацию. Было показано, что качество сексуальных отношений в значительной мере определяется такими факторами, как сексуальная тревожность, эротофобия (установка реагировать отрицательными эмоциями на сексуальные ситуации), низкая оценка собственных сексуальных возможностей по сравнению с возможностями других, сексуальная депрессия (тенденция к переживанию печали и уныния по поводу собственных сексуальных способностей и возможностей), высокая сексуальная озабоченность (тенденция думать только о сексе) [9].

Как указывалось выше, мы обследовали наших пациенток — женщин с отдаленными психологическими последствиями изнасилования — специфическим расстройством личности — с помощью шкалы сексуальности W. E. Snell, D. R. Papini, включающей три субшкалы: 1) самооценку своих сексуальных возможностей; 2) сексуальную озабоченность; 3) сексуальную депрессию. Полученные в этом исследовании результаты представлены в приводимой таблице (в сырых балльных оценках).

Как видно из таблицы, оценка собственных сексуальных возможностей была выше у женщин, страдающих диссоциальным, параноидным, шизоидным и демонстративным расстройством личности (различия между их показателями статистически недостоверны —  $t_{\text{дис,де}} = 1,64$ ;  $t_{\text{дис,ш}} = 1,5$ ;  $t_{\text{де,ш}} = 0,98$ ;  $p > 0,05$ . При зависи-

мом и ананкастном типах указанный показатель был достоверно ниже, чем при диссоциальном (соответственно  $t_{\text{а,дис}} = 6,34$  и  $t_{\text{з,дис}} = 5,7$ ;  $p < 0,01$ ), демонстративном (соответственно  $t_{\text{а,де}} = 2,62$  и  $t_{\text{з,де}} = 2,49$ ;  $p < 0,01$ ) и шизоидном (соответственно  $t_{\text{а,ш}} = 6,26$  и  $t_{\text{з,ш}} = 5,42$ ;  $p < 0,01$ ) типах.

Показатели сексуальной депрессии были наиболее высоки у женщин с зависимым, тревожным и ананкастным расстройством личности, и в этих же группах женщин отмечались самые низкие показатели сексуальной озабоченности. Последние были наиболее высоки у женщин с демонстративным расстройством личности.

O. Fenichel [9] указывал, что, рассматривая механизмы сексуальных расстройств при истерии, следует иметь в виду, что ее особенности отражают конфликт между выраженным страхом сексуальности и не менее выраженным, но подавляемым сексуальным влечением. Соглашаясь с этим мнением, можно ожидать от пациенток с данным расстройством высокой сексуальной озабоченности, сексуальной тревоги и высокой оценки ими своих сексуальных возможностей. Однако оказалось, что именно в группе женщин с демонстративным расстройством личности наблюдался достаточно большой разброс указанных показателей. Так, показатели стандартного отклонения по всем трем шкалам при этом типе расстройства личности были значительно выше, чем при других его типах.

Отсюда следует, что демонстративное расстройство личности по указанным показателям проявляется в двух формах: 1) форме, при которой наблюдаются высокие показатели сексуальной оценки и низкие — сексуальной депрессии, и 2) форме, при которой, напротив, низки показатели сексуальной оценки и высоки — сексуальной депрессии. Эти две формы отражают два известных альтернативных варианта демонстративности: «мимозность» и «стервозность».

В целом результаты проведенного обследования свидетельствуют о том, что перенесенное в детстве или в подростковом возрасте сексуальное насилие способствовало формированию у женщин специфического расстройства лично-

сти и обуславливало их отношение к различным аспектам своей сексуальности.

Выявленные закономерности, по нашему мнению, должны быть учтены при разработке

системы психологической помощи жертвам изнасилования и психотерапевтической коррекции его последствий.

#### Л и т е р а т у р а

1. *Малкина-Пых И. Г.* Психология поведения жертвы: Справочник практического психолога.— М.: Эксмо, 2006.— 1008 с.
2. *Гульман Б. Л.* Сексуальные преступления.— Харьков: Рубикон, 1994.— 270 с.
3. *Чуприков А. П., Цупрык Б. М.* Общая и криминальная сексология: Учебное пособие.— Киев: МАУП, 2002.— 245 с.
4. Криминальная сексология / И. А. Бабюк, С. И. Табачников, В. В. Седиев и др.— Донецк — Киев: Профи-Донетчина, 2003.— 224 с.
5. *Антонян Ю. М., Ткаченко А. А., Шостакович Б. В.* Криминальная сексология / Под ред. Ю. М. Антоняна.— М.: Спарк, 1999.— 464 с.
6. *Христенко В. Е.* Психология поведения жертвы.— Ростов н/Д: Феникс, 2004.— 416 с.
7. *Березин Ф. Б., Мирошников М. П., Рожанец Р. В.* Методика многостороннего исследования личности.— М.: Медицина, 1976.— 186 с.
8. *Snell W. E., Papini D. R.* The sexuality scale: an instrument to measure sexual-esteem, sexual depression and sexual preoccupation // J. Sex. Research.— 1989.— Vol. 26, № 2.— P. 256–263.
9. *Fenichel O.* The psychoanalytic Theory of Neurosis.— N.Y.: Norton, 1945.— 527 p.

Поступила 21.11.2006