

## ДЕВИАНТНОЕ МАТЕРИНСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ

(ОПЫТ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО АНАЛИЗА  
СЛУЧАЯ ОТКАЗА ОТ РЕБЕНКА)

В.И.БРУТМАН, А.Я.ВАРГА, М.С.РАДИОНОВА,  
О.Г.ИСУПОВА

*Сидела белка-летьяга в гнезде на дереве вместе со своими детенышами. Вдруг, откуда ни возьмись, – лиса, стала под деревом и говорит ей страшным голосом: «Если ты мне не отдашь одного детеныша, я на дерево заберусь, гнездо твоё разорю и деток твоих съем». Испугалась летьяга, думает: где мне с ней тягаться, отдам ей одного детеныша, зато и гнездо сохраню, и другие детки уцелеют. Отдала лисе детеныша. Лиса унесла его, потом, немного погодя, снова приходит (...) Так перетаскала лиса у летьяги всех её детенышей...*

*Трусливая летьяга (народная сказка)*

Пусть эта притча станет прологом к реальной жизненной истории, которую мы хотели бы вам предложить как повод для дискуссии о проблеме отказа матери от своего ребенка. С каждым годом растет число детей, оставшихся без попечения родителей, сейчас в России их уже более 600 тысяч. Только в родильных домах города Москвы ежедневно один ребенок остается сиротой в связи с отказом от него матери. Не стоит, наверное, приводить данные медицинской и психологической диагностики, чтобы понять, что значит для развития ребенка ранний отрыв от матери. Для того, чтобы найти какие-то подходы к решению этой сложной социальной проблемы, требуется понимание причин такого отклоняющегося материнского поведения, которое, к сожалению, до сих

пор остается малоизученным. Случай отказа от ребенка, представленный ниже, – один из типичных в повседневной практике работы психологов родильных домов Москвы. Мы попросили высказать о нем свое мнение некоторых специалистов – семейного психолога, клинического психолога, клинического психиатра и социолога. Существенное своеобразие данной проблемы определяется тем, что в ней тесно переплетаются два начала – с одной стороны, биологическое – то, что имеет отношение к инстинктивной сфере, неосознаваемым механизмам возникновения и развития привязанности, надындивидуальному смыслу деторождения и заботы о потомстве, а с другой – социальное – пласт культурных норм и ценностей, социальная ситуация развития, в которой происходит формирование материнского отношения, а также актуальная социальная ситуация, складывающаяся в ходе беременности и после родов. Чем можно считать отказ от ребенка с точки зрения биологических законов развития – генетической поломкой, нарушением глубинных механизмов продолжения рода, ведущим к вырождению человечества как вида? С социально-этической точки зрения в этом поступке можно увидеть кризис нравственных основ современного общества, когда оставить собственного ребенка становится легче, чем отказаться, например, от покупки нового автомобиля или выгодного бизнеса.

Наряду с другими формами родительской жестокости к ребенку, полный отказ матери от забот о его нуждах остается, особенно в нашей стране, чрезвычайно распространенным явлением и рассматривается как одна из форм девиантного материнского поведения. Комплексное исследование психосоциальных основ этого феномена в настоящее время проводит коллектив исследователей НИИ профилактической психиатрии НЦ психического здоровья РАМН и Независимой ассоциации детских психиатров и психологов при поддержке Международного научного фонда с целью разработки профилактических программ.

\* \* \*

Людмила С. 31 года – мать троих детей. Поступила в родильный дом на 32 неделе беременности в связи с неожиданным началом родовой деятельности. Роды проходили естественным путем и завершились рождением недоношенной девочки. На следующие сутки после родов она заявила, что отказывается от новорожденной.

Из беседы с родильницей через двое суток стало известно, что сама она родилась в сельской местности последним, четвертым ребенком. Мать – малограмотная, тихая, безынициативная, забитая, необщительная женщина. Была скорее заботливой, чем любящей матерью. С детьми близкой никогда не была, считала своим долгом лишь накормить и одеть их. Отец – деспотичный, агрессивный мужчина, «без тормозов». Главным методом воспитания являлись вожжи, которыми он, порой до крови, избивал свою жену, детей. Злоупотреблял алкоголем и умер в возрасте 61 года (со слов Людмилы – было что-то с печенью). По характеру Людмила с детства была очень

похожа на мать. Росла замкнутая, необщительная, стеснительная и сторонилась незнакомых людей, хотя в глубине души стремилась к людям, хотела иметь близких друзей, но в кругу сверстников терялась, не могла найти с ними общий язык и даже с самыми близкими стеснялась делиться своими трудностями. Училась с трудом, особенно тяжело давались математика, другие точные науки. После окончания восьмого класса работала на ферме – помощницей доярки, после чего, по настоянию старшей сестры, приехала в Москву, поступила в строительное ПТУ, жила в общежитии, где и познакомилась со своим будущим мужем. В 18 лет, уступив его настойчивым ухаживаниям (собственное отношение к нему до брака характеризует словами: «Ну, вообще-то, нравился...»), согласилась на замужество. Вскоре обнаружила, что обманулась в своих надеждах на спокойную жизнь, так как муж оказался таким же, как отец, от которого страдала в детстве – вспыльчивым, требовательным, настойчивым, властным и ревнивым. С первых же дней совместной жизни он требовал от жены полного повиновения, все попытки сопротивления разрушались скандалами, а иногда побоями. Интимная жизнь не приносила удовольствия, так как испытывала, и то лишь в начале, незначительные приятные ощущения. Первое время очень страдала и даже строила планы уйти от мужа, уехать в деревню, но не нашла в себе на это моральных сил. Вскоре родила первого ребенка, а менее чем через год – двойню. Появление детей резко ухудшило материальное положение семьи. Долгое время работал один лишь муж, дети часто болели и редко посещали ясли и детские сады. Вспоминает первые годы, когда дети были маленькими, с трудом – «все было как во сне... я была как машина заводная...»

О себе вспоминала редко. Одевалась плохо, нигде не бывала, гостей не принимала. Жили в комнате в общежитии все пять человек. С мужем отношения становились все более тяжелыми. Все чаще он стал возвращаться пьяным, а вскоре начал надолго уходить из дома. В семье никогда не объяснял своего поведения, угрюмо молчал, а на попытки выяснить причину отсутствия – кричал, угрожал побоями, оскорблял. В опьянении был особенно агрессивен – мог по малейшему поводу ударить первым попавшимся под руку предметом как жену, так и детей. Боялась мужа, находилась в состоянии постоянного напряжения и ожидания, не находила в себе сил сопротивляться насилию. Под влиянием постоянных переживаний временами появлялось чувство тоски, отчаяния. Облегчала свое состояние лишь слезами. Стала угрюмой, утратила способность радоваться. Ничто, даже дети, не доставляли удовольствия. Старалась лишь их накормить, одеть, на остальное не хватало ни времени, ни сил. Временами от чувства безысходности приходили мысли о самоубийстве. С годами стала чувствовать себя постоянно разбитой, слабой, кружилась голова, сжимало в груди, почти постоянно ощущала тяжесть в ногах, боли в пояснице. Нарушался сон. На этом фоне в последние 5-6 лет эпизоди-

чески стали возникать видения. То на стене мерещились какие-то лица, то в зеркале вместо своего лица увидела старуху. В первое время пугалась, казалось, что от страха вот-вот сойдет с ума. Вскоре привыкла к этому, решила, что это какие-то дурные предзнаменования – крестилась, облегчая себе душевное состояние. Постепенно общее самочувствие все более ухудшалось, никогда не чувствовала себя свежей, отдохнувшей. Нарушился менструальный цикл. Появились задержки менструаций от 1 до 7 месяцев. Обращалась к гинекологам, обследовалась. Гинекологических заболеваний не обнаруживалось. Врачи успокаивали ее – это все у вас на нервной почве. Привыкла к этому и поэтому, когда забеременела в очередной раз, то не придавала значения вновь исчезнувшей менструации. Спихватилась, когда почувствовала увеличение живота и шевеление плода. В состоянии растерянности обратилась за советом к мужу. И с этого времени ее жизнь стала невыносимой. Сообщение о беременности муж встретил грубой бранью, обвинением в распутстве, неверности. Категорически отказался признавать отцовство. Потребовал немедленно, любыми способами прервать беременность. Обратилась к гинекологам с просьбой прервать беременность, но получила отказ, мотивированный большим сроком беременности. В последующие месяцы беременности муж буквально терроризировал ежедневными скандалами, побоями с требованием любыми способами избавиться от беременности. В опьянении выгонял с детьми из дому. Категорически заявлял, что если она только посмеет выродить этого ублюдка, то он ее выгонит из дому. Страдала, была крайне запугана и растеряна. Не знала, что ей делать. Перестала спать, в голове неотступно стоял вопрос: «Что же делать?». Ни с кем не могла, да и не хотела советоваться, так как предполагала, что никто ее не поймет и не поможет. Чем ближе к сроку родов, тем более усиливалась тревога. Нарастала ненависть к мужу, к детям, а главное – к своему будущему ребенку. Все чаще, как бы непроизвольно, появлялись устрашающие фантазии. При этом очень ярко представляла себе, как она рождает сморщенного уродца, как во время родов, в момент прорезывания головки, она сжимает ноги и душит своего младенца. Мучилась от этого, но одновременно находила в этом что-то привлекательное. Испытывала острое чувство жалости к себе. Приходили мысли о самоубийстве. Оставаясь одна, стучала себе по животу, прижималась животом к подоконнику, надеясь придавить его. В таком состоянии поступила на родоразрешение, не доносив беременность более чем на 6 недель. При осмотре (на третьи сутки после родов) обращала на себя внимание крайне подавленным обликом: тоскливое выражение лица, опущенная голова, на глазах слезы. Взгляд – постоянно себе под ноги. На собеседника почти не смотрит. Разговаривает с трудом, тихим, монотонным голосом. В начале беседы очень настороженна и недоверчива. Постепенно успокаивается, рассказывает о себе некоторые формальные сведения. Жалуется на слабость, плохой

сон, боли в ногах и руках. О сложившейся ситуации говорить не может, так как любое воспоминание вызывает бурный плач. На следующий день после приема транквилизаторов стала заметно спокойней. Смогла собраться и рассказать о своей жизни, при этом на протяжении беседы становилась все более и более заинтересованной и откровенной. Наконец, сказала, что давно хотела бы поговорить с психиатром, так как опасается за свое психическое здоровье. Боится, что совсем сойдет с ума, поскольку чувствует, что с трудом справляется с собой, «чтобы что-нибудь с собой не сделать». Постоянно чувствует душевное напряжение. Ее мысли – как будто заводная пластинка, все одно и то же: «что же делать?... что же делать?» О новорожденном ребенке не может вспоминать: «Очень больно...» Ребенка и жалко, но одновременно невыносимо, противно и даже страшно на него смотреть. Ведь когда ей после родов показали его, она увидела что-то мерзкое, фиолетовое..., а рот желтый, как пластмассовый. Поэтому просит повлиять на акушеров, которые все время уговаривают ее забрать ребенка домой. Она в отчаянии, так как не может справиться с ситуацией. Одновременно боится и ненавидит своего мужа. Но готова смириться, поскольку считает, что сама не справится с четырьмя детьми. Дает себе такие характеристики: «Ведь я беспомощная, у меня нет сил... плохое здоровье, мне самой нужна постоянная помощь, я в городской жизни совсем не разбираюсь» и т.д. Просит назначить ей что-нибудь успокаивающее... В родильный дом неоднократно приходил пьяный муж, требовал у врачей немедленной выписки жены, категорически отказывался от ребенка. Младенец переведен в больницу, мать в удовлетворительном состоянии, подписаны документы об отказе от ребенка, выписана домой. Даны рекомендации лечения у психотерапевта по месту жительства.

*А.Я.Варга (семейный психотерапевт)*

### **СУДЬБА КАК ИЛЛЮЗИЯ СВОБОДНОГО ВЫБОРА**

В предложенном примере все удивительно закономерно и представляет собой заверченный гештальт. Пациентка – четвертый ребенок в семье. Отец – алкоголик, мать тихая и забитая. Жизнь в родительской семье была опытом страданий. Вся семья жила в соответствии с состоянием отца. Пьяный отец – одна реальность, трезвый отец – другая реальность. В первом случае жизнь становилась опасной – отец мог избить до крови жену и детей, во втором случае вероятность неприятностей уменьшалась. Менялось состояние отца и немедленно и неизбежно менялось состояние его жены и детей. Когда отец был трезвым, семья ждала, когда он напьется, когда он был пьяным, семья ждала, когда он протрезвеет. Формировалась так называемая алкогольная созависимость. Кроме того, пациентка выросла похожей на свою мать, что в данном случае означает, что ее личная идентичность и семейная роль определяются понятием жертвы. Она умеет быть пассивной, зависимой и

страдающей в отношениях с мужчиной, а быть другой она не умеет и, следовательно, не существует. Эти обстоятельства и определили выбор мужа. Кажется, что Людмиле на роду было написано быть женой алкоголика, как это и происходит с более чем 75% дочерей алкоголиков. Как же происходит этот фатальный выбор? Ясное дело, он происходит неосознанно. В определенном смысле вся человеческая жизнь может быть описана как информационное поле. Какие-то сигналы человеку понятны и читаемы, воспринимаемы, а какие-то непонятны. Например, человек не воспринимает ультразвуки, и эти сигналы для него информации не несут. Примерно так же происходит с сигналами, содержащимися в человеческом поведении. Для дочери алкоголика состояние опьянения и поведение в этом состоянии – информативно, а поведение ученого в состоянии творческого поиска – не информативно. В первом случае известно, как себя вести, чего ждать, ситуация прогнозируема, во втором случае все это неясно, и ситуация непрогнозируема и дискомфортна. Понятно, что многообразие человеческого поведения несводимо к дихотомии трезвый – пьяный. Верно, только не в случае с семьями алкоголиков низкого социального статуса и образования. Там эта дихотомия описывает реальность практически полностью. Знакомое, по типу отцовского, поведение молодого человека обещало прелесть предсказуемости тревожной девушке, растерявшейся в городе. Кроме того, Людмила не могла бы быть активной стороной, во-первых, потому что это было не в ее характере, во-вторых, потому что такое поведение не одобрялось ее средой. Поэтому она могла только уступить настойчивым ухаживаниям и быть принужденной к браку. Это в любом случае был бы несвободный выбор. Но это и хорошо, потому что несвободный выбор и утверждал ее существование – она жертва и лишь в этой ситуации получала возможность проявиться как жертва. Думается, что мои предположения недалеки от правды. Для Людмилы интерес мог представлять лишь активный мужчина, пассивного она бы и не заметила. В общении со своим партнером Людмила вела себя, как ее мать. Мать была ее моделью, с нее она училась женской роли в семье, а, кроме того, из описания случая ясно, что и по характеру пациентка была очень похожа на мать, так что соответствовать модели для нее не составляло труда. Комплиментарный партнер жертвы – палач. В супружеских отношениях неважно, кто первый начинает играть свою роль – кто-то предлагает некий вариант поведения, и партнер автоматически занимает комплиментарную позицию – разумеется, если в его поведенческом арсенале есть соответствующая роль. У мужа Людмилы она была – это вообще типичная роль в любом сексистском обществе. Итак, тандем палача и жертвы осуществился, и сценарий Людмилиной родительской семьи начал воспроизводиться в ее собственной семье. У нас нет информации о том, пил ли ее муж с самого начала этого брака. Впрочем, даже если он и не пил вначале, то запил бы впоследствии. И не потому, что отношения становились все хуже и хуже, а потому, что Людмила еще в начале своей семейной жизни должна была

дать понять своему мужу, что пьянство вызывает у нее особое отношение. Это и не могло быть иначе, она страдала от пьянства отца с детства. Для палача это информация о некой болезненной точке у его жертвы. В какой-то момент он ею воспользуется. Не знаю, как конкретно Людмила сообщила ему об этом. У меня была пациентка – дочь алкоголика и жена алкоголика. Она рассталась с мужем и начала встречаться с другим мужчиной. Во время первого сексуального контакта она спросила у своего любовника: «Как у тебя с этим делом?» и щелкнула себя пальцами по горлу. Тем самым она в течение очень значимого для развития отношений момента дала ему понять, насколько для нее важно алкогольное поведение партнера. Понятно, что с течением времени обязательно наступит ситуация, когда партнер захочет как-то повлиять на нее. Очень велика вероятность, что в качестве средства влияния будет выбрана выпивка и состояние опьянения. Если это состояние опьянения будет положительно подкреплено, и мужчиной будет получена положительная обратная связь, то это поведение закрепится, и начнется игра в алкоголика. Что может быть такой положительной обратной связью? Любая повышенная эмоциональная реакция – негодование, слезы, скандал. Все это – такое поведение, которое на время сокращает дистанцию в отношениях и обеспечивает повышенное внимание, пусть даже и окрашенное негативными эмоциями. Сосредоточенность на партнере, демонстрация безразличия – это и есть положительное подкрепление. Можно предполагать, что такое положительное подкрепление муж Людмилы получал в большом количестве. Таким образом, воспроизводство структуры отношений и судьбы произошло. Обращает на себя внимание и то, что отношение к собственным детям у Людмилы было такое же, как и у ее матери к ней и ее братьям-сестрам: заботливое, но не любовное. Дети не доставляли удовольствия, а были еще одним тяжким крестом на тернистом пути самоосуществления жертвы. Случайно возникает четвертый, нежеланный в семье ребенок. Муж требует, чтобы Людмила избавилась от него. К сожалению, у нас мало информации о родительской семье мужа, и мы не знаем, какое отношение к детям существовало там. Однако мы располагаем информацией о родительской семье пациентки. Она сама была последним, четвертым ребенком. Ее собственная жизнь не удалась, она беспомощная, в городской жизни не разбирается, нет сил, плохое здоровье, ей самой нужна постоянная помощь. Это самохарактеристика всестороннего инвалида, ублюдка, которому удалось родиться. Четвертый ребенок самой Людмилы обещал быть таким же, если не хуже. Стремление от него избавиться до родов, нежелание его брать после родов – лишь в небольшой степени есть признак отношения к этому малышу. В гораздо большей степени это проекция отношения пациентки к самой себе. Это саму себя она пыталась не пустить в жизнь, родить обратно, сломать судьбу.

*М.С.Радионова (клинический психолог)*

## ЖИЗНЬ СОЗДАЕТ СИТУАЦИЮ ВЫБОРА

При своей абсолютной подлинности и правдивости эта история кажется просто фантастической из-за того «ада чувств», которые эта женщина несет в себе. Жалость, сочувствие к ней, к ее ребенку и одновременно ощущение безысходности, которые возникают, когда ее перечитываешь. Как отмечает К.Хорни, чем больше мы смотрим в лицо своим конфликтам и ищем пути их решения, тем больше внутренней свободы и силы мы приобретаем. Наоборот, пассивное принятие воли окружения приводит к потере индивидуальности. Одним из существенных выборов для нашей пациентки было решение остаться с мужем еще до рождения детей, когда она узнала его властный и вспыльчивый характер, когда все ее попытки отстоять свою точку зрения, свое достоинство кончались побоями и скандалами. В возникшем внутреннем конфликте столкнулись с детства подавляемые жизненные потребности Я (Людмила называет это надеждой на спокойную жизнь) и боязнь выделиться, быть не как все, страх ответственности, за которыми, по-видимому, стоят инерция семейного стереотипа, идентификация с матерью, конформность. Исход этого конфликта определился нехваткой внутренних ресурсов, по словам Людмилы, «моральных сил». Сложно сказать, что в данном случае было главным: слабость воли, психическая инертность, интеллектуальная ограниченность, неустойчивая система ценностей или отсутствие поддержки, – так все взаимосвязанно. Внешний выбор был сделан в пользу подчинения обстоятельствам, «смирения» со своей долей. Внутренний конфликт был вытеснен без попытки какого-либо компромисса. Ценой этого смирения было подавление жизненных сил личности, а также возникшее и сохранявшееся много лет депрессивное состояние. Этот выбор, кроме того, закрепил у Людмилы представление о самой себе как о пассивной, слабой и беспомощной. Поэтому когда через несколько лет встала проблема с четвертой беременностью, Людмила с самого начала приняла позицию человека зависимого и неспособного принять собственное решение, взять ответственность на себя. Это была нежеланная и незапланированная беременность, наступившая после продолжительного перерыва. Семейный конфликт, развернувшийся в связи с этой беременностью, породил острый внутренний кризис. Можно выделить три этапа его протекания. Первый – преимущественно внешний конфликт и попытки его разрешения, связанные с ситуацией. Второй – цепь внутренних конфликтов и защит. Третий – реакция на рождение ребенка и окончательный отказ от него. Начало первого этапа кризиса совпадает с моментом осознания собственной беременности. Первой эмоциональной реакцией на это была растерянность – невозможность выбрать какую-то альтернативу самостоятельно: избавиться от ребенка или сохранить его. Фрустрация действия приводит к поиску совета у мужа. Дальнейшие события разворачиваются вполне закономерно. Муж категорически требует прервать беременность, то есть принимает ответственность на себя (так волевым решением альтернатива отсекается).

Людмила беспрекословно подчиняется, пытается сделать аборт, получает отказ и оказывается в тупиковой ситуации. При этом муж усиливает фрустрацию безосновательными обвинениями в распутстве, ежедневными побоями, изгнаниями из дома с детьми, угрозами выгнать совсем, если родит. Второй этап – реакция на фрустрацию. Невозможность сделать аборт, с одной стороны, усиливающийся прессинг мужа – с другой, настолько увеличивают напряжение, что это требует скорейшего переструктурирования ситуации. Включаются защитные механизмы, и конфликт интериоризируется. Здесь было бы уместно напомнить точку зрения К.Хорни на структуру невротического конфликта. Из трех существующих стратегий поведения и конфликте: к людям (конформность), против людей (агрессия) и от людей (изоляция), – невротическая личность ригидно использует какую-то одну, идентифицируется с ней, так что она постепенно оказывается доминирующей чертой характера. Во внутреннем плане эта стратегия, естественно, вступает в конфликт с двумя другими. В случае же обычного, не невротического конфликта эти стратегии могут использоваться личностью гибко, исходя из ситуации. В данном случае конформное поведение по отношению к мужу, первично осуществляемое Людмилой, оказывается неэффективным, поэтому временно отходит на задний план. Людмила отказывается от каких бы то ни было попыток внешне повлиять на ситуацию (от советов, помощи других и т.д.) и переходит к стратегии изоляции. Эта позиция для нее, по-видимому, наиболее естественна, особенно если вспомнить, что в детстве и юности она испытывала трудности контактов с окружающими, была замкнутой, стеснительной, то есть вынужденно оказывалась в изоляции. Отсюда также становится понятным, почему ее потребность «быть с людьми» смогла найти выход лишь в крайне узкой референтной группе, какой стала для нее собственная семья.

Итак, фрустрирующая ситуация переходит во внутренний план. А вся дальнейшая динамика психологического кризиса представляет собой уже замкнутый круг конфликтов и защит.

1. Заблокированная возможность действия вызывает растерянность, страх, тревогу, проявляется навязчивым, как заклинание, повторением вопроса: «что же делать?» (что характерно для фазы «реакции» по Кубергу).

2. Вытесненная доселе поведенческая стратегия «против людей» – агрессия, теперь уже находит выход, но лишь в фантазиях пациентки. Она испытывает острую ненависть к мужу. Однако это чувство вступает в конфликт с потребностью сохранения отношений и страхом сопротивления.

3. Агрессия ищет новый объект и смещается на детей (на тех, кто, в представлении Людмилы, привязывает ее к ненавистному мужу, не дает

порвать с ним отношений). Но и это опять вступает в противоречие с привязанностью к ним.

4. Узел этих противоречий приводит к тому, что нарастающая пропорционально напряжению агрессия вновь смещается и выливается на будущего ребенка. Характерно, что сначала это проявляется лишь в фантазиях, а затем и в действиях. Создается впечатление, что вся агрессия, которой эта женщина столько лет не позволяла выйти наружу, выплеснулась на этого еще не родившегося ребенка.

5. Фантазии о детоубийстве (инфантицидные устремления) как противоречащие основным установкам личности закономерно порождают чувство вины. В результате образуется кольцо конфликтующих стремлений. Чувство вины за агрессивные фантазии и чувство безысходности приводят к мыслям о самоубийстве, которые сосуществуют с чувством жалости к себе и вновь продуцируют фантазии убийства. Таким образом, можно констатировать, что в ситуации нехватки психологических ресурсов для разрешения ситуации инстинкт самосохранения у нашей пациентки оказался сильнее материнского инстинкта. Просматриваемая же тенденция внутреннего движения от сопротивления (хотя и в фантазиях) своему окружению до конечной идентификации с агрессором в фантазиях и в действиях против своего ребенка представляет собой возвращение к той же конформной тенденции поведения.

Третий этап кризиса – реакция на рождение ребенка и окончательный отказ от него. Цепь обуславливающих друг друга конфликтов является защитным замещением основного, вытесненного много лет назад, вскоре после замужества, внутреннего конфликта. Но теперь не возникает даже идеи «спокойной жизни» или возможности сопротивления, конфликт как бы спускается на витальный, организмический уровень и решается по принципу выживания. Сам акт отказа от ребенка становится очередной ступенью в иерархии защит. Об этом свидетельствует депрессивное состояние Людмилы после родов, амбивалентное отношение к рожденной дочери. Ребенок-жертва «дегуманизируется», вызывает отвращение и одновременно сочувствие, жалость, возникает идентификация (Я – ребенок). Возможность ценностного выбора, а не защитного ухода блокируется, с одной стороны, ущербным представлением о ценностях (ради чего терпеть унижения или сопротивляться им), а с другой – устойчиво сниженной самооценкой, представлением о себе как о слабой, беззащитной, нуждающейся в поддержке и руководстве. Как дальше будет складываться жизнь Людмилы после выписки из больницы? В чем могла бы состоять психологическая помощь в этом и подобных случаях? Могла ли она принять другое решение? Основная проблема Людмилы видится в том, что она как личность, самостоятельное, мыслящее существо не может, не умеет реализоваться. Видимо, без помощи другого человека – специалиста-психолога, психиатра, понимающего ее и терпеливого, ей это будет сделать сложно. Но, не осознавая причины своих проблем, не видя

альтернатив в своем поведении и разрешении ситуации, она пока, видимо, готова была бы принять помощь в решении своих психосоматических проблем, «расстроенных нервов». Как представляется, ей необходима помощь человека чуткого и готового не только поддерживать ее и помогать медикаментозно, но видеть пути развития ее самосознания, доверяя в человеческих контактах. Потому что каждый последующий неправильно сделанный ею выбор, утяжеляет предыдущий.

*В.И.Брутман (клинический психиатр)*

## **ГЛАЗАМИ ПСИХИАТРА**

Когда передо мной как перед психиатром несколько лет назад впервые был поставлен вопрос: «Кто они, эти женщины, отказывающиеся от своих детей?», то ответ показался почти самоочевидным. Казалось предельно ясным, что бросить своего ребенка может лишь женщина с глубокими эмоциональными и нравственными изъятиями, легкомысленная и даже интеллектуально несостоятельная или, напротив – женщина, доведенная крайней нуждой до полного отчаяния. Все последующие годы работы с такими несчастными женщинами я, волей-неволей, пытался найти подтверждение своей первоначальной гипотезе. И всякий раз, в каждой новой судьбе, встающей передо мной, я обнаруживал, как далеки были первоначальные теории от реальности. Вот и данная история отказницы в очередной раз показывает, сколь сложным и противоречивым на практике может оказаться ответ на вопрос, что же явилось причиной драматического выбора женщины оставить своего новорожденного ребенка. Первое, на что обращает внимание клинический психиатр при анализе данного клинического случая, – это тяжелое психическое состояние женщины. Общая психопатологическая характеристика этого расстройства представляется достаточно очевидной. Весь облик этой утомленной родами, рано постаревшей женщины – ее однообразная, вялая, тоскливая мимика, заторможенность движений, слабый, мало модулированный голос; характер переживаний, наполненный чувством уныния, тоски, страдания, идеями самоуничужения, ригидной пессимистической оценкой своего прошлого, мрачными прогнозами относительно будущего, персеверативным характером мышления, отчетливыми витально-телесными расстройствами – позволяет легко диагностировать тяжелое депрессивное состояние. Особенностью данной депрессии является тот факт, что значительное место в переживаниях, помимо хорошо понятных реактивных моментов, занимает своеобразный, аффективно насыщенный амбивалентный комплекс переживаний. В их основе лежат, с одной стороны, наплывы устрашающих и очень ярких визуализированных фантазий о неестественно уродливом облике ребенка и о собственном гротескно-агрессивном поведении, а с другой – нежные чувства к новорожденному, страдание о предстоящей разлуке с ним, переживания вины, собственной беспомощности. Овладевающие сознанием представления сочетаются с безуспешными попытками

преодолеть эти мучительные противоречивые переживания. Весь этот внутриспсихический конфликт окрашивается аффектом напряжения и страха перед потерей контроля над собой, страха помешательства. Психологически понятным становится в этой связи мотив отказа от ребенка, который можно было бы сформулировать в формуле: «Отказаться от ребенка, чтобы спасти его от самой себя». По-видимому, именно такие состояния еще в начале века описывал Оппенгеймер термином мизопедия (*грязноплодие* – греч.), усматривая в них проявление тяжелой истерической predisposition. Встает закономерный вопрос: насколько значима роль данного психопатологического состояния в решении отказаться от ребенка? Не является ли оно лишь последствием тяжелого социально-психологического конфликта и неспособности женщины справиться с деспотическим характером и требованием мужа? Ответ на этот вопрос не столь однозначен, если учесть, что данное депрессивное состояние имеет очень продолжительный анамнез, начало которого отнесено на многие годы в прошлое. Первые заметные депрессивные симптомы возникли задолго до настоящего личностного кризиса, который завершился отказом от ребенка. Отчетливая связь депрессии с хронической семейной агрессией, материальной нищетой, социальной униженностью, физическими перегрузками как по времени, так и по характеру переживаний свидетельствует о ее реактивной природе. Особенностью этой депрессии является ее многолетнее, хронифицирующее, практически безремиссионное течение, а также медленная прогрессивная трансформация ее симптоматики. Вначале преобладали тоска, беспокойство, психическое напряжение, которые сменились астенией, плаксивостью, раздражительностью, эмоциональной неустойчивостью, истероформными расстройствами и, наконец, апатией, ангедонией, а также рудиментарными, но сверхценными в своей основе ипохондрическими переживаниями, связанными с усилением телесно-протопатических симптомов, то есть соматизацией депрессии. Нельзя исключить, что и нарушения менструального цикла, которые возникли с этого времени, по своей природе имели функциональный характер и были одним из соматических симптомов депрессии. В силу стечения обстоятельств он стал «причиной роковой ошибки» в самодиагностике последней беременности. Поставленные кавычки обозначают, что феномен поздней диагностики нежеланной беременности мы опасаемся оценивать только лишь с позиций психологической «понятности», так как усматриваем в этом более глубокие корни. Зарубежные исследования и собственный опыт показывают, что для нежеланной беременности вообще характерна тенденция к поздней самодиагностике. Такое своеобразное неприятие своей беременности мы называем «атиофориогнозией» («тиофория» по-гречески – беременность). Такое состояние имеет несколько уровней тяжести. В легких случаях атиофориогнозия выражается в поведении, свидетельствующем о пренебрежении своей беременностью при формальном понимании ее наличия. Это своеобразное

«забывание» о беременности, игнорирование всех социальных и медицинских запретов, характерных для этого периода жизни женщины. Иногда у интеллектуально сохранных женщин это может сопровождаться вопиющим искажением представлений о сроках беременности. Это сопровождается постоянной повышенной физической и психической активностью, малой чувствительностью к симптомам беременности, отсутствием характерной для поздних сроков беременности «успокоенности». В более выраженных случаях атиофориогнозия – убеждение в отсутствии беременности при наличии ее условных признаков (отсутствие менструаций, нагрубание молочных желез, увеличение объема живота) и стремление объяснить эти симптомы иными «логическими» доводами (заболеванием, привычными нарушениями менструального цикла, убежденностью в собственном бесплодии и пр.). При этом отмечается не поддающееся формальной логике стремление избегать медицинской диагностики беременности, которая выражается в откладывании посещения врача, замене этой деятельности на повышенную активность в других социальных действиях, в которых усматривается несвойственное беременным усиление социальных и сексуальных влечений. В еще более тяжелых случаях можно видеть отрицание собственной беременности при наличии даже очевидных ее признаков; после начала шевеления плода, и даже, как казуистика, в начале родовой деятельности. На высоте такого состояния описаны случаи полной утраты критичности и соответствующее неадекватное поведение (к примеру, отказ от родовспоможения и пр.). Можно предположить, что в происхождении данного вида психологических феноменов, помимо прочих моментов, определенную роль играют своеобразные искажения общей чувствительности у беременных на фоне нарушенной аффективности. С этим может быть связан и часто возникающий при нежеланной беременности, но малоизвестный симптом своеобразной гипостезии, то есть снижение чувствительности или полное отсутствие нормальных ощущений, связанных с беременностью. Нежеланная беременность очень часто бывает малосимптомна, шевеления плода вялые, иногда практически нечувствительные. В отдельных случаях, напротив, может проявиться выраженная гиперпатия при отсутствии какой-либо акушерской патологии. При этом шевеления плода переживаются подчеркнуто мешающими, чрезмерно болезненными и сопровождаются общим психологическим напряжением, оживлением негативных представлений, связанных с беременностью и ситуацией вокруг нее. Иногда отмечается повышенная восприимчивость и негативная фиксация на естественных ощущениях: тяжести собственного живота, общей телесной массивности, двигательной неловкости, вплоть до возникновения своеобразного феномена, который имеет сходство с дисморфофобией (стойкое недовольство или мало поддающееся коррекции убеждение беременных в уродливости своего естественно изменяющегося соматического облика). В таких случаях можно на-

блюдать несоответствующее сроку беременности и социокультуральной ситуации стремление скрыть беременность, исходя из представлений о своей сексуальной непривлекательности. Эти переживания сочетаются с недооценкой или искажением суждений об индивидуальном смысле беременности и материнства, с захваченностью иными социальными влечениями и интересами (общественными, карьерными, сексуальными и пр.). Впоследствии возможен упорный отказ от беременности в связи с опасением утратить свою привлекательность.

Возвращаясь к нашей пациентке, можно заключить, что такое течение аффективных расстройств, как у нее, с характерной стадийностью, свидетельствует о динамике хронической депрессии, сходной по описанию с «депрессией истощения» Кирхольца и «эндореактивной дистимией» Вайтбрехта. Отсюда следует предположение, что настоящая депрессивная реакция, возникшая в связи с кризисом нежеланной беременности, может рассматриваться не самостоятельно, а лишь как реактивно спровоцированная экацербация хронического депрессивного заболевания. Не останавливаясь на противоречиях, которые могут возникнуть при оценке нозологической природы депрессии у нашей пациентки, следует остановиться на ее личностных особенностях и их динамике, возникшей в процессе жизни. С детства нашу пациентку отличали такие личностные качества, как пассивность, подчиняемость, боязливость, трудность установления глубоких межперсональных отношений, сензитивность. Эти особенности характера не позволяли ей самостоятельно принимать ответственные и жизненно важные решения, формировать активную жизненную позицию, способность преодолевать жизненные трудности. Волевая недостаточность сочеталась с эмоциональной и интеллектуальной неразвитостью. Возникшая в связи с нежеланной беременностью депрессия, по-видимому, качественно не изменила личность, но привнесла острое чувство малоценности, незащитности, усилила неверие в свои силы, а ригидность аффекта, характерная для такого (препсихотического) уровня депрессии, навязчивые явления, персеверативный характер мышления еще более снизили и без того невысокие способности пациентки к конструктивной оценке ситуации, к поиску путей выхода из кризиса. Еще одним важным аспектом, необходимым для понимания поведения нашей

пациентки, вылившегося в отказ от ребенка, является то, что в процессе многолетней депрессии параллельно со снижением общего витального тонуса и хронической ангедонией происходит постепенное общее угнетение побуждений. Можно предположить, что этот процесс торможения распространяется и на те глубинные инстинктивные механизмы, которые, помимо прочих (!), лежат в основе материнской привязанности к своим детям. Во всяком случае, этим можно объяснить тот факт, что еще задолго до роковой беременности личность капитулирует, прибегая к различным, в том числе и малоэффективным – патологическим формам психологической защиты. Причем для

самосохранения и самокомпенсации ей приходится отбрасывать менее значимые социальные связи и привязанности. Таковыми, к сожалению, являются и связи со своими детьми, которые, в первую очередь, и отторгаются.

О.Г.Исупова (социолог)

## ПРЕСТИЖ МАТЕРИНСТВА

Почему в длинной цепи социальных отношений, приведших к отказу биологических родителей от своего ребенка, внимание исследователей привлечено почти исключительно к последнему звену – к его матери? Не потому ли, что она не может избежать нашего суда, будучи – не только биологически, но и социально – неотделимо связана с рождающимся на свет новым человеком, в то время как остальные участники ситуации, включая отца ребенка, находятся в социальной позиции, которая допускает критическое рассмотрение исследователем в гораздо меньшей степени? Не является ли такое особое внимание, проявляемое к наиболее слабому звену в цепи событий, не только выбором пути наименьшего сопротивления, но и проявлением классической стратегии *blaming the victim* (обвинения жертвы)? Например, в данном конкретном случае асоциальное (в рамках малой группы-семьи) поведение мужа Людмилы интерпретируется через ее ожидания, то есть как бы и через ее вину – ведь если бы она не была готова, в результате специфики своей социализации, иметь в качестве мужа *палача*, он, может быть, и не стал бы вести себя соответственно; но почему мы не думаем о его ожиданиях, о его социализации, которая, возможно, тоже обусловила некоторые ожидания от брачного партнера? Вполне вероятно, что позиция жертвы для Людмилы была заранее приготовлена в его личной системе координат, и если бы она не оказалась настолько конформна и так безропотно в готовности ее занять, супружество этих двоих не стало бы таким удачным в смысле длительности и выносливости перед лицом любых испытаний, включая и такое, как драматический отказ от выполнения самой естественной и неотъемлемой, в рамках понятий любой культуры, функции супружества – производства потомства (впрочем, только при рождении уже 4-го ребенка). Несомненно, несмотря на все угрозы, побои, длительное отсутствие дома, невыполнение или плохое выполнение инструментальной функции (то есть представления семьи во внешнем мире и работы, направленной на положительную вертикальную социальную мобильность семьи – по Парсонсу, именно это является основной задачей мужа и отца) и другие явные внешние признаки пренебрежения, муж Людмилы, так же, как и она, очень заинтересован в сохранении их отношений, и именно эта его заинтересованность заставляет его приходить в роддом и требовать ее скорейшей выписки – без ребенка, тем самым в очередной раз утверждая сложившееся статусное соотношение внутри этой пары: палач-жертва. Таковую

идеальную жертву, как Людмила, все-таки не так просто найти; при этом все комментаторы сходятся как

минимум в одном пункте – активную роль в этой семье играет исключительно мужчина; и не его ли, сознательная или бессознательная, стратегия определила, с самого начала, не только динамику их отношений, но и саму возможность их возникновения? Не исключено, что с другим мужем Людмила стала бы не такой совершенной жертвой, и издержки ее социализации в детстве были бы в той или иной степени скомпенсированы последующим развитием. Хотя невозможно не согласиться с остальными комментаторами по крайней мере в одном: такая ситуация была очень маловероятна. Гораздо вероятнее было то, что и случилось: люди с взаимно дополняющими социальными семейными ожиданиями нашли друг друга, и это оказался очень крепкий союз. Настолько крепкий, что в определенном смысле отношения этих двоих самодостаточны, дети для них, по крайней мере, необязательны, и уж во всяком случае не определяют основное содержание и без того интересных и эмоционально насыщенных для обоих отношений. Не случайно ситуация обостряется именно после их рождения. Впрочем, первый ребенок еще имел определенное функциональное значение закрепления существующего распределения ролей, усиливая и нормативно подкрепляя пассивную зависимость Людмилы от мужа как в его собственных, так и в ее глазах, то есть давая ей рационализацию в остальном противоречащего современным нормам стремления сохранить неблагоприятные для ее физического и психического благополучия отношения. Последующее, в стремительном темпе, рождение близнецов, меньше чем через год после первенца, уже может быть интерпретировано как проявление слабости и социальной неадекватности Людмилы, не сумевшей проконтролировать свой репродуктивный процесс. Именно так оно, вероятно, было проинтерпретировано ее мужем, причем вся вина, видимо, была односторонне приписана ей. С другой стороны, подобное отсутствие контроля над своей жизнью так естественно и даже закономерно для идеальной жертвы... Таким образом, вероятно, уже тогда в жизни пары создалось драматическое противоречие: именно идеальность Людмилы как жертвы создала непредвиденные для ее мужа необратимые последствия их отношений – детей, с существованием которых не хотелось считаться. Да, непредвиденные, ведь в рамках более широкой социальной системы координат муж Людмилы отнюдь не палач, а такая же общественно несостоятельная жертва. Оба они находятся в самом низу социальной пирамиды по целому ряду признаков. У них низкий доход, не лучшее образование, социальное происхождение и позиция, ставящие их в крайне неблагоприятные условия: недавние мигранты из села, вынесенные оттуда (по крайней мере, в случае Людмилы) даже не по собственной воле, а волной общественных установок и норм – жертвы престижа, плохо оснащенные социальными навыками, необходимыми для жизни в современном городе. Они не умеют анализировать собственную жизнь,

действуя под влиянием спонтанно возникающих эмоций, в лучшем случае рационализируя их *post facto* лишь последствия совершенных поступков, в реальности часто являющихся реакцией на фрустрацию со стороны общества в более широком смысле (изнасилование жизнью) и компенсацией неспособности адекватно ответить на эту фрустрацию. Отказ от ребенка – лишь крайний видимый девиантный результат цепи событий, где ответная агрессия мужа по отношению к обществу сначала перенаправляется в сторону Людмилы, а потом передается ею своему ребенку. Этот отказ – не случайное индивидуальное отклонение, которое можно было бы предотвратить с помощью одной только специальной психотерапии, хотя психотерапия здесь, безусловно, необходима. Нет, это выражение многосторонней социальной некомпетентности пары, в частности, их неспособности отвечать ожиданиям общества в целом и их некомпетентности как

родителей. Действительно, если посмотреть на вещи с другой стороны, так ли уж выиграло бы общество, если бы Людмилу вынудили не отказываться от ребенка, а забрать дочь домой? Так ли уж выиграло общество от того, что мать Людмилы в свое время не отказалась от своей четвертой дочери при ее рождении? Да, условия в Домах ребенка неблагоприятны для попадающих туда детей; но разве были хоть ненамного более благоприятны для Людмилы условия в ее собственной семье? Иными словами, всегда ли лучшие социальные родители для ребенка – его собственные биологические родители? Пути решения проблемы отказа от детей явно лежат не только в индивидуальной работе с матерью с целью уговорить ее все-таки взять ребенка домой. Ответственность, эксклюзивно лежащая именно на женщине в области репродукции, и так несоразмерно велика. Не стоит забывать, что мать прежде всего самостоятельная человеческая личность, имеющая свои потребности, нужды, желания и жизненные задачи, а не только и прежде всего неодушевленный сосуд для производства новых людей. При этом распространенные социальные мифы требуют от матери такой степени альтруизма, отказа даже от формулирования, не то что от стремления к осуществлению, собственных интересов, какая не свойственна ни одной другой социальной роли. При этом никакое дополнительное положительное подкрепление материнства не предусматривается – вся награда, предположительно, заключается в самом процессе, несмотря на то, что непредвзятому глазу ее трудно там обнаружить: удерживать вблизи себя чуть подросших детей – социально не поощряемое поведение, взрослые дети матери не «принадлежат» ни в каком смысле, и иметь от них даже и материальную, не говоря уж об эмоциональной поддержке, может рассчитывать далеко не каждая мать. Такая ситуация, проанализированная английским исследователем Макфарланом, ведет к падению ценности детей в обществе и престижа материнства как социальной роли. В нашей стране развитие в этом направлении зашло еще не так далеко: практически каждая женщина стремится иметь по крайней мере одного ребенка,

символическая ценность которого пока перевешивает его (ее) низкую ценность для матери с ресурсной точки зрения (и высокую стоимость, высокие требования к матери по снабжению и воспитанию ребенка; мы забыли, что современная повышенная ответственность матери за дитя не носит извечного характера, что еще совсем недавно, например, русским крестьянкам, впрочем, очень любившим своих детей, по отзывам иностранцев, был свойствен фатализм, выражавшийся пословицей: «Бог дал, Бог и взял», и в то же время иметь много детей было, по Чапанову, экономически выгодно, поскольку родители таким образом получали дополнительную «бесплатную» рабочую силу). Но престиж многодетности крайне низок; большинство людей так или иначе ограничивают собственную репродуктивную функцию, в том числе таким девиантным способом, как отказ от рожденных живых детей. Подобное поведение в современной русской культуре считается негуманным и безответственным, в то время как его вполне легитимная альтернатива – аборт – всеми принимается как естественное средство контроля рождаемости. И мало кому при этом приходит в голову, что аборт может пониматься как убийство плода, как он и понимается в некоторых других культурах, и что безответственно не успевшая сделать аборт Людмила тем самым спасает жизнь своему ребенку. Какого качества будет эта жизнь – это уже другой вопрос. Вряд ли ее дочь ждет хоть что-то хорошее; с другой стороны, все же жизнь – это всегда возможность, а аборт – пресечение каких бы то ни было возможностей. Впрочем, Людмила не стремилась спасти жизнь ребенку, ее ситуация была безвыходной в том отношении, что дисфункция менструации затруднила своевременную диагностику беременности в

ее случае, иначе она бы сделала вполне традиционный аборт и не попала бы в фокус нашего интереса. То есть девиантной и проблемной она оказалась совершенно случайно. Она могла бы считаться вполне благополучной матерью троих детей, то есть занимать нормальную социальную позицию и выполнять нужную обществу социальную роль – ведь именно рождение третьего ребенка в семье в семидесятые-восьмидесятые годы так пропагандировалось и превозносилось советскими демографами.

\* \* \*

Приведенные здесь разные взгляды, конечно, не исчерпывают суть поднятой проблемы отказа матери от ребенка, но они хорошо отражают ее комплексный характер. Каждый профессиональный подход высвечивает свою грань в этом сложном феномене. Перед специалистами, которые в своей реальной практике сталкиваются с женщинами, вынашивающими нежеланную беременность и принимающими решение об отказе от ребенка, прежде всего встает задача понимания этой ситуации. Ее этическая, медицинская и психологическая неоднозначность порождает массу вопросов, как чисто практических (Что делать? Уговаривать или не уговаривать оставить ребенка? Чем это обернется сейчас и впоследствии

для матери и для ребенка? и т.д.), так и научных (Почему? Каким образом? Каковы причины отказа? Как женщина приходит к такому решению? Имеются ли какие-то общие предпосылки отклоняющегося материнского поведения? и др.), и даже философских. Поэтому мы приглашаем заинтересованных читателей принять участие в обсуждении этой злободневной проблемы.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

*Брутман В.И., Ениколопов С.Н., Панкратова М.Г. Раннее социальное сиротство. Учебно-методическое пособие, Москва, 1994, 209 с.*

*Хорни К. Невротическая личность нашего времени. М., 1993, 480 с.*

*Bonnet K. Geste d'amour. Paris, 1992.*

*Macfarlane A. Marriage and love in England: Modes of reproduction. p.130-184. Oxford, Blackwell, 1986.*

*Oppenheim Z. Zentr.f.d.g. Neurol.u.psich. 1919. Bd.45, S.1123-1135.*

*Parsons T. and Beles R.F. Family socialization and interaction process. N-Y, Free press, 1955.*