

АБЪЮЗИВНАЯ ЛИЧНОСТЬ

НАСИЛИЕ И КОНТРОЛЬ
В БЛИЗКИХ ОТНОШЕНИЯХ

ВТОРОЕ ИЗДАНИЕ

Дональд Г. Даттон



25
ЛЕТ ИЗДАТЕЛЬСКОМУ ДОМУ
ГОРГОДИЦЫ

18+

Дональд Даттон

**Абьюзивная личность. Насилие и
контроль в близких отношениях**

Издательский дом «Городец»

2007

УДК 159.9
ББК 88.5

Даттон Д. Г.

Абьюзивная личность. Насилие и контроль в близких отношениях
/ Д. Г. Даттон — Издательский дом «Городец», 2007

ISBN 978-5-907483-89-7

Этот важнейший труд предлагает инновационный подход к пониманию и лечению насилия между партнерами. Совмещая множество теоретических и эмпирических взглядов, Дональд Г. Даттон показывает, что мужская абьюзивность является не просто выученным паттерном поведения, а результатом особого устройства личности. Он освещает развитие абьюзивной личности с раннего детства до взрослого возраста и предлагает доказательный подход к терапии, созданный для удовлетворения особых потребностей этой группы населения. Во второе издание включены две новые главы – о нейробиологических причинах абьюзивного поведения и о развитии абьюзивности у женщин. В формате PDF А4 сохранен издательский макет книги.

УДК 159.9

ББК 88.5

ISBN 978-5-907483-89-7

© Даттон Д. Г., 2007

© Издательский дом «Городец», 2007

Содержание

Об авторе	6
Предисловие	7
Глава 1. Введение	9
Первые шаги психиатрии	11
Подтипы мужчин, нападающих на жен	14
Расстройство личности	16
Склонные к насилию мужчины: гиперконтролирующие	19
Склонные к насилию мужчины: антисоциальные	20
Склонные к насилию мужчины: импульсивные	22
Примечания	25
Литература	26
Глава 2. Ранние объяснения	29
Органические синдромы мозга и реакция ярости	29
Конец ознакомительного фрагмента.	32

Дональд Г. Даттон
Абьюзивная личность. Насилие и
контроль в близких отношениях

Copyright © 2007 The Guilford Press

A Division of Guilford Publications, Inc.

© Н. Пресс, перевод, 2022

© ИД «Городец», 2022

Об авторе

Дональд Г. Даттон – кандидат психологических наук, профессор психологии в Университете Британской Колумбии. В 1979 году вместе с коллегами основал проект «Нападающие мужья» – программу терапии для мужчин, осужденных решением суда за домашнее насилие по отношению к супругам. Доктор Даттон – автор более ста статей и четырех книг, среди которых «Домашнее насилие по отношению к женщинам» (*Domestic Assault of Women*, 1995, University of British Columbia Press); «Домашний тиран: психологический профиль» (*The Batterer: A Psychological Profile*, 1995, Basic Books), «Новый подход к домашнему насилию» (*Rethinking Domestic Violence*, 2006, University of British Columbia Press); его книги переведены на французский, испанский, нидерландский, японский и польский языки. Часто выступает в качестве эксперта на гражданских судебных процессах, касающихся насилия в близких отношениях, а также в уголовных процессах по делам о домашнем насилии.

Предисловие

В последние 25 лет наблюдается значительный прогресс в нашем понимании психологии ярости, насилия и абьюзивности, возникающих в близких отношениях. Этот прогресс происходит в различных областях: в психопатологии развития, описывающей множество микроразрывов процесса формирования привязанности; в нейробиопсихологии, которая изучает формирование структур мозга, регулирующих эмоции, и влияние, которое на них оказывает взаимодействие матери и младенца; а также анализирует расстройства личности, долгосрочные нетипичные для принятых в обществе норм изменения в мышлении, чувствах и действиях.

Приступы гнева и абьюзивность в близких отношениях тесно связаны с ранними этапами развития. Согласно теории привязанности, ярость является изначальной реакцией на разрыв привязанности – длительное отсутствие источника безопасности. Понимание этой связи поможет выйти за рамки модели «стимул – реакция», на которую нам предлагает опираться теория социального научения, и даст возможность описать цикличные фазы нарастания внутреннего напряжения, служащие ключевым элементом абьюзивности в близких отношениях. Такое циклическое напряжение, на мой взгляд, оказывается последствием разрыва процесса привязанности, и здесь мы видим связь между проблемами в раннем детстве и патологией во взрослом возрасте. Джон Боулби описывает младенцев с ненадежной привязанностью, которые «в гневе выгибаются, отстраняясь от матери, и при этом отчаянно ищут близости», и это очень похоже на амбивалентность абьюзивного взрослого, которая характерна для психологических профилей абьюзивных мужчин и женщин. Помимо амбивалентности по отношению к партнеру, мы наблюдаем и другие сходства: дисфория, вызываемая близостью, склонность к обвинению партнера в дисфории. Далее возникают усиливающиеся руминации, которые создают невыносимое напряжение, и кульминацией становится эпизод насилия. Состояние напряжения приводит к тому, что мыслительный процесс начинает обсессивно заикливаться, возникают самоисполняющиеся пророчества – процесс, когда за негативными предчувствиями следуют негативные действия.

Одна из целей этой книги состоит в том, чтобы описать связь раннего развития и абьюзивности во взрослом возрасте. Я привожу необходимый профессионалам обзор теоретических и исследовательских работ, подтверждающий наличие такой связи. В обзор я включил теорию привязанности, неврологическое развитие и теорию объектных отношений, поскольку все эти подходы могут предложить важные наблюдения, а мы еще не дошли до той точки, когда можно было бы исключить какую-то из этих теорий на основе имеющихся у нас данных. Потрясающие последние открытия нейробиологии подтверждают гипотезы о раннем когнитивном развитии младенцев, предложенные теорией объектных отношений.

Научно-исследовательский компонент этой книги соотносит психологические профили абьюзивных мужчин с отчетами их партнеров о формах и частоте абьюзивности. Затем проводится эмпирическая связь между профилями этих мужчин и их воспоминаниями о раннем детстве. Изученная нами выборка показала, что в основе абьюзивности у взрослых лежит триада раннего абьюза, опыта стыда в отношениях с родителем и ненадежной привязанности в силу непредсказуемости эмоциональной доступности родителя. Эти три элемента провоцируют развитие дисфории, которая связывается с партнером, и склонность к руминациям, что приводит к вспышке насилия. Описывается связь между детским опытом и последствиями во взрослом возрасте. Исследовательские техники такого рода имеют ограничения, о которых я говорю непосредственно в тексте книги. Однако они позволяют сделать важнейший первый шаг к пониманию развития абьюзивности в близких отношениях в контексте всего жизненного цикла. Более того, сейчас результаты этой работы подтверждаются лонгитюдными исследованиями детей, подростков и молодых взрослых. Такие исследования: 1) носят проспектив-

ный характер и не основываются на ретроспективных отчетах нашей выборки, субъекты этих исследований проходят мониторинг на протяжении длительного периода, охватывающего разные этапы развития; 2) применимы как к мужчинам, так и к женщинам и показывают, что в развитии абьюзивной личности у представителей разных полов есть больше сходств, чем различий. Теперь мы знаем намного больше об эмпирических причинах «абьюзогенеза» (развития устойчивых абьюзивных черт).

Одна из глав книги посвящена терапии, в основе которой лежит эмпирическое изучение психологической инфраструктуры абьюза. Если мы будем лучше понимать предпосылки абьюзивности, то сможем сфокусироваться на них в терапии и изменить структуры, поддерживающие наличие абьюзивности. Верно и обратное: терапевтические подходы, не учитывающие эту психологическую инфраструктуру, в долгосрочной перспективе обречены на провал. Они просто работают с симптомами, а сама проблема возвращается снова и снова. Психотерапевтические группы довольно эффективны в лечении абьюзивности, хотя определенные типы личности требуют больше внимания и применения техник, разработанных в других подходах для лечения расстройств личности, травмы и расстройств привязанности.

Хочу от всей души поблагодарить Симора Вайнгартена, главного редактора издательства Guilford Press, за помощь в работе над этой книгой, а также множество людей за поддержку, критику, советы и вдохновение: Ким Бартоломью, Дэниела Сонкина, Терри Моффита, Мириам Эренсафт, Мюррея Страуса, Алана Шора, Дэвида Селани, Данте Чикетти, Дрю Уэстена, Джона Боулби и Джона Арчера.

Глава 1. Введение

До 1975 года ни в теоретических, ни в практических работах по социологии ни разу не упоминается такой феномен, как насилие в близких отношениях (НБО). В психологических текстах 1975 года, посвященных агрессии, речь идет лишь об агрессии по отношению к посторонним и обсуждается, является ли этот тип агрессии врожденным или выученным. Нет ни описания случаев, ни даже намека на существование агрессии по отношению к интимному партнеру, однако теперь мы знаем, что это очень распространенное явление.

Ничего не было известно и о психологических предпосылках НБО. В университетских учебниках по теории личности той эпохи «личность» определяется как фиксированная единица, оцениваемая в отдельный момент времени (как правило, в стерильной обстановке психологической лаборатории) при крайне рациональных обстоятельствах и наделяемая тем или иным местом на «круговой структуре» – диаграмме стилей личности. Стиль личности воспринимался как стабильное сочетание определенных черт характера. На тот момент ученые еще не пришли к пониманию того, что личность может быть фазовой и переживать предсказуемые изменения или циклы при переходе из одной фазы в другую. Анализ выпусков первого журнала, посвященного браку и интимным отношениям, *Journal of Marriage and the Family*, показал, что с 1939 по 1969 год слово «насилие» не встречается на его страницах ни разу. Брак мог считаться конфликтным, но вопрос о насилии как таковом не поднимался.

Классическая работа Роберт Барона и Донна Бирна «Социальная психология»¹ переиздается уже девятый раз. В издании 1977 года (втором по счету) глава, посвященная агрессии, начинается с набившего оскомину вопроса о том, что же важнее – природа или воспитание. Далее следует обзор исследования «ситуационных детерминант» (фрустрация, вербальное и физическое нападение, контакт со склонными к насилию ролевыми моделями, возбуждение, агрессивные стимулы, наркотики, приказы, жара и столпотворение), а в завершение приводятся данные исследования о купировании агрессии наказанием, катарсисом или «неадекватными реакциями» (эмпатией, смехом и сексуальным возбуждением). Обсуждалась там и кривая, существующая между сексуальным возбуждением и агрессией, однако конкретных примеров не приводилось. Среди индивидуальных характеристик упоминались также агрессоры с недостаточным контролем и агрессоры с избыточным контролем. В качестве примера агрессора второго типа авторы приводили историю фермера, заставшего жену в постели с другим мужчиной. Он никак не отреагировал на эту сцену даже после того, как непрошенный гость украл у него грузовик, жену и детей. Однако позднее, когда фермер столкнулся с изменой в следующий раз (уже со второй женой), он вышел из себя и в припадке ярости убил супругу и ее любовника. Судя по всему, фрустрация, накопившаяся во время первого инцидента, каким-то образом «сохранилась» и затем была мгновенно отыграна во время второго инцидента. Ни в одной работе по социальной психологии из всех, к которым я обращался, других примеров насилия в близких отношениях не приводилось. Тем не менее никто не шел дальше описания убийцы как гиперконтролирующего (учитывая более ранние провокации) и не пытался понять динамику убийств одного из супругов другим.

В академической среде опросы проводились, как правило, среди студентов, агрессия изучалась в университетских лабораториях. Студентам предлагали ударить куклу «Бобо» или применить электрошок к сокурсникам – вот такая стратегия стала основным научным методом. Как говорил Филип Зимбардо в докладе на симпозиуме в Небраске, посвященном деиндивидуализированной агрессии, рациональные люди, оказывавшиеся в пассивном в силу условий эксперимента положении, заменялись на иррациональных проактивных агрессоров.² Результатом стало внимание к реакции на микрорелизеры (стимулы, пусковые механизмы, раздражи-

тели. – *Прим. науч. ред.*) агрессии, а не к проактивным, типичным для хищников процессам, проистекавшим из ситуации, в которой присутствовали реллизеры. С какого-то момента эта практика стала ограничивать наше понимание агрессии, сведя ее к «ответам» на «вызывающие отрицательную реакцию стимулы».

Теория личности стремилась обозначить координаты личности человека на многомерной карте под названием *круговая структура*: на диаграмме по кругу были расположены 16 измерений и 8 категорий личности. В основу самой идеи круговой структуры лег ранний труд Тимоти Лири и его коллег, опубликованный в 1951 году. Местоположение человека на этой схеме представляло собой круговую иерархию черт характера в двухмерном пространстве (круг, пересекаемый такими осями, как «холодный – теплый» и «доминантный – субмиссивный»).³ Данные фиксировались по результатам заполнения опросника – шкалирование проводилось в рациональной спокойной обстановке университетской психологической лаборатории. К чести Лири, он всячески ратовал за то, чтобы оценка личности проводилась на разных «уровнях» психики (включая использование проективных тестов), а результаты сравнивались для получения более полной картины (например, результаты проективных тестов можно сравнить с самостоятельно заполненными опросниками, где участники дают гипотетические ответы на вопросы, и тем самым оценить степень подавления таких нежелательных импульсов, как враждебность). Также в его исследованиях принимали участие люди с подтвержденными психиатрическими диагнозами. Опубликованная им в 1957 году книга «Межличностная диагностика личности» серьезно опередила свое время. К сожалению, использование круговой структуры и самостоятельно заполняемых опросников черт характера вскоре стало ведущим современным способом оценки личности, поскольку эта методика оказалась наиболее проста в применении. Представление о том, что личность может проходить через предсказуемые фазовые изменения, в этих круговых структурах совершенно не учитывалось. «Моментальный снимок», получаемый с помощью шкалирования и набранных баллов, утверждал личность как нечто неизменное, фиксированное, подобное фотографии, на которой время остановилось, а не как динамичный, изменчивый и устойчивый процесс.

Первые шаги психиатрии

В начале XX века психиатрия закрывала глаза на феномен домашнего насилия, за исключением тех случаев, когда один из супругов убивал другого. В этот «век отрицания»⁴ наибольшее внимание уделялось изучению отдельных клинических случаев мужчин, убивших своих супругов. Объяснялось это парадоксальное явление патологической зависимостью и супружеской паранойей, а также височной эпилепсией. В одном часто цитируемом исследовании⁵ насилие рассматривалось как результат патологически запутанной системы, в которой мужчина и женщина проявляли крайние формы зависимости. Затем авторы сравнивали абьюзивные семьи и семьи алкоголиков и отмечали, что в этих динамиках есть схожая «тенденция» – наличие депрессивной, доминирующей и склонной к мазохизму жены: «Агрессивное поведение мужей, как правило, удовлетворяет мазохистические потребности жены (и пары) и способствует равновесию» (с. 110). Другими словами, женщины остаются в абьюзивных отношениях, поскольку наказание удовлетворяет их бессознательную потребность. Вскоре феминистки⁶ сочли эту точку зрения «виктимблеймингом» (возложение вины на жертву. – *Прим. пер.*). В другом раннем исследовании,⁷ проведенном Фолком, изучались мужчины, убившие собственных жен или же нанешие им серьезные телесные повреждения, и результаты показали, что у 16 из 23 имелось психическое расстройство. К сожалению, Фолк распространил свои выводы на всех мужчин, совершающих насилие по отношению к супругам, несмотря на то, что исследование обращалось к самым экстремальным формам домашнего насилия. Однако чем более экстремальные формы принимает насилие, тем выше вероятность наличия расстройства личности у насильника и тем выше степень нарушенности⁸.

Даже несмотря на методологический прогресс, психиатрия слишком часто стремилась в первую очередь связать диагностические категории и домашнее насилие без каких-либо объяснений. Эти «случайные объяснения» не давали доказательной базы, показывающей, с чем связана та или иная корреляция. К примеру, Бленд и Орн собрали данные с помощью телефонных опросов по большой ($n = 1200$) выборке городского населения и провели оценку по таким параметрам, как антисоциальное расстройство личности, депрессия и алкоголизм.⁹ Эти три фактора риска возникновения супружеского насилия вместе дали результаты 80–90 % (по сравнению с 15 % опрошенных, у которых данные факторы риска отсутствовали). К сожалению, в этом «статистическом» исследовании не были выявлены причинно-следственные связи между факторами. Читатель так и не узнал, почему были выбраны именно эти факторы, какая модель объединяет их. Какие выводы мы можем сделать? Что алкоголизм и депрессия являются симптомами более глубинных психических нарушений? Как взаимосвязаны депрессия и насилие со стороны супруга?

Более вдумчивый и тщательный анализ представил Рунсавилль,¹⁰ хорошо владевший свежей социологической литературой по вопросу домашнего насилия и попытавшийся понять, является ли нападение мужа на жену «обычным насилием» или же примером девиантного, или атипичного поведения. Он опросил 31 пострадавшую от насилия женщину, предлагая ответить на вопросы о супругах. Эти женщины обратились в отделение неотложной помощи и неоднократно подвергались тяжелым формам насилия. Рунсавилль был одним из первых психиатров, признавших факт, что женщины остаются в ловушке таких разрушительных отношений не столько в силу собственного «мазохизма», сколько в силу обстоятельств. В его выборке 71 % женщин получали угрозы убийства от партнеров в случае попытки уйти. По доступности внешних ресурсов те, кто ушел от своих партнеров, не отличались от тех, кто остался в отношениях, важными факторами оказались эскалация насилия и страх за детей. Рунсавилль пишет

об этом так: «те, у кого не было достаточной мотивации, судя по всему, игнорировали ресурсы, которые на самом деле у них имелись» (с. 17), а также, что «самым поразительным явлением, которое мы наблюдали в ходе интервью и терапии подвергавшихся домашнему насилию женщин, оказалось стремление обоих партнеров сохранить отношения, несмотря на то, что многие женщины подвергались тяжелейшим формам насилия» (с. 20). В 1987 году в Нью-Йорке Хедда Нуссбаум, на протяжении многих лет подвергавшаяся пыткам и насилию со стороны своего партнера Джоэля Стейнберга, была осуждена за то, что забила до смерти их дочь, шестилетнюю Лайзу Стейнберг. Это был первый из серии громких судебных процессов по поводу насилия в близких отношениях, и Нуссбаум предстала в нем как женщина, всем сердцем преданная мужчине, который насилует ее, подвергал пыткам и нечеловеческим унижениям.¹¹

Рунсавиль поставил вопрос о том, является ли избиение жен формой психопатологии или «обычным насилием», как утверждали социологи. Мужчины в его выборке часто страдали от алкоголизма (45 %), имели приводы в полицию (58 %), отбывали тюремный срок (35 %) и были склонны к насилию и за пределами отношений (51 %). Женщины описывали этих мужчин как крайне ревнивых, не разрешавших им проводить время с подругами (92 % называли именно ревность в качестве наиболее частой причины ссор, перераставших в драку). Рунсавиль далее отмечает:

Вспыльчивость мужчин, депрессивность женщин и алкогольная зависимость у тех и других – вот основные проявления высокого уровня неудовлетворенной потребности в зависимости, которую и те и другие пытаются удовлетворить. В таких отношениях часто возникает гнев, поскольку ни один из партнеров не способен удовлетворить совершенно нереалистичные потребности другого. Партнеры по-разному обращаются со своей тягой к зависимости: женщина полностью посвящает себя партнеру и, к сожалению, начинает игнорировать собственные потребности. Мужчина сердито требует полного подчинения или в ужасе проецирует на женщину желание уйти от него. (с. 21)

Важность темы близости в домашнем насилии подтверждается тем, что 44 % женщин сообщили, что первый эпизод насилия произошел либо во время медового месяца, либо в период появления на свет первого ребенка. Первый случай обычно говорит о повышении уровня привязанности, а второй – о снижении уровня близости из-за появления ребенка:

Представляется возможным выдвинуть гипотезу о том, что партнерам, применяющим насилие в отношениях, свойственны определенные личностные характеристики, приводящие к устойчивости отношений и присутствию в них насилия. Если оба партнера испытывают сильнейшую потребность в близости, они могут оставаться вместе из-за возникновения тяжелых конфликтов, потому что одиночество для них куда более ужасно, чем насилие. Особенно взрывоопасная комбинация возникает в паре «ревнивый мужчина-собственник с параноидальными тенденциями и противозависимая упрямая пассивно-агрессивная женщина. (с. 22)

Затем Рунсавиль дает краткий обзор современных социологических теорий, говоря о том, что насилие в семье воспроизводит ситуацию в родительских семьях партнеров, что применение такого физического насилия долгое время не порицалось в американском обществе. Он приходит к выводу, что «эти факторы, без сомнения, важны... однако они в недостаточной мере объясняют тот факт, что избиение жен не является общепринятым в нашем социуме и присутствует лишь у некоторых пар, состоящих в законном или гражданском браке» (с. 23). Рунсавиль предложил многофакторную модель, учитывающую характеристики из разных областей. В области психологии он выделил следующее: «патологические конфликты из-

за зависимости и автономии», выражающиеся у мужчин в «патологической ревности», контролирующем поведении и импульсивности, усугубляющейся злоупотреблением психоактивными веществами. В области социологии – давление социума на предмет необходимости вступления в брак и искаженные представления о супружеских ролях.

Работа Рунсавилля оказалась провидческой – редкий случай в психиатрической литературе, когда психологические понятия используются для объяснения и проведения причинно-следственных связей с процессами, описанными социологами. Рунсавилль видел важность такого фактора, как близость в домашнем насилии, хотя высказанная им тогда точка зрения прошла практически незамеченной и получила признание лишь через много лет.

Он понял необходимость разработки мультифакторной модели за много лет до ее появления. Работа Рунсавилля была революционной, но не получила должного внимания в силу последовавшей социологической волны, подчеркнувшей важность гендерного доминирования и отношения власти как первичного фактора, объясняющего феномен домашнего насилия. Однако Рунсавилль¹⁰ отмечает, что «даже когда женщина не имеет более высокого социального статуса, чем ее партнер, она может восприниматься им как более сильная и угрожающая, если мужчина особо чувствителен к доминированию со стороны женщин» (с. 24). Рунсавилль смог заглянуть за фасад ролевых игр во власть и разглядеть внутреннюю беспомощность, которая была важнейшей чертой мужчин, прибегавших к насилию в близких отношениях.* Несмотря на то, что более поздние «объяснения» феномена домашнего насилия в основном оперировали такими понятиями, как «власть и контроль»,¹² они упускали из внимания выдвинутое Рунсавиллем важнейшее положение о том, что за контролирующим поведением насильника зачастую скрывается ощущение беспомощности.

Не все ранние объяснения этого феномена были предложены психиатрами. Психолог Дэниел Сонкин¹³ описывал избивающих своих жен мужчин как людей с высоким уровнем гнева и депрессии, низкой самооценкой, слабыми коммуникативными навыками и опытом насилия в родительской семье. Психолог Ленор Уокер¹⁴ описала «цикл насилия», о котором говорили в интервью жертвы насилия. Данный цикл, подробно описанный в главе 4, представляется неким мрачным настроением, приводящим к росту напряжения со стороны мужчины-насильника. Ничто не может помочь ему справиться с этим настроением, поэтому оно приводит к «выбросу напряжения», вспышке сильнейшего гнева, за которым следует более спокойная фаза «раскаяния».

Подтипы мужчин, нападающих на жен

Подобные циклы наблюдаются не во всех абьюзивных отношениях; разные типы насильников создают разные паттерны абьюза. В 1988 году я предложил классифицировать инициаторов домашнего насилия по трем группам: гиперконтролирующие, в целом склонные к насилию (антисоциальные), и пограничные (*borderline*), или циклические.¹⁵ Другие ученые также предложили свои модели с трехчастной типологией, однако ввели термины другого рода, как вы видите в таблице 1.1.

По сути все эти разные группы характеризуются по двум аспектам насилия: *гиперконтролирующие* – *гипоконтролирующие*, *импульсивные* – *инструментальные*. Гиперконтролирующие мужчины отрицают собственный гнев и испытывают хроническую фрустрацию и отвержение. Гипоконтролирующие мужчины чаще склонны к отыгрыванию. Импульсивные мужчины склонны к отыгрыванию с применением насилия – такова их реакция на рост внутреннего напряжения, а инструментальные (антисоциальные) используют насилие «холоднокровно» для достижения определенных целей.

Таблица 1.1. Классификация домашних насильников

Хэмбергер и Хастингс	Холцуорт-Манроу и Стюарт	Сондерс	Твид и Даттон
Антисоциальные/ нарциссичные	Склонные к насилию в целом/ антисоциальные	Тип 2 (склонные к насилию в целом)	Инструментальный/ гипоконтролирующий
Шизоидные/ пограничные	Дисфоричные/ пограничные	Тип 3 (эмоционально нестабильный)	Импульсивный/ гипоконтролирующий
Зависимые/ компульсивные	Пассивно-зависимые (только семья)	Тип 1 (эмоционально подавленный)	Импульсивный/ гиперконтролирующий

При проведении общей оценки дисфункциональности личности гиперконтролирующие абьюзеры имеют более высокий балл по избегающим расстройствам личности. Эти абьюзеры склонны избегать конфликтов и отрицать гнев. В терапии они раз за разом сообщают, что всю неделю не чувствовали гнева (и соответственно, не делали записей в дневнике гнева), они, с одной стороны, испытывают отвращение к гневу, а с другой стороны, хронически переживают его на глубинном уровне. Терапевт может предложить им отслеживать «раздражение» и состояния, «близкие к гневу». Антисоциальные насильники применяют насилие и за пределами отношений, из-за чего часто имеют проблемы с законом. Они используют насилие как инструмент достижения своих целей, для контроля и унижения. Циклические насильники, напротив, используют насилие для выражения чувств и сброса накопившегося напряжения. Эти различия показаны на рисунке 1.1.



Рисунок 1.1. Двухмерная модель насилия в близких отношениях

- 1 – Пограничные, также называются эмоционально нестабильными;²¹
- 2 – Психопаты, также называются антисоциальными, или социопатами;
- 3, 4 – Избегающий тип личности больше всего подвержен влиянию доминирования/изоляции.

Расстройство личности

Поскольку насилие со стороны интимного партнера возникает в относительно малом проценте пар,¹⁶ его нельзя объяснить социальными нормами. Среди населения США степень принятия насилия со стороны интимного партнера довольно низка. Только 2 % мужчин соглашаются с утверждением «Бить жену/девушку, чтобы она знала свое место, – нормально».¹⁷ Когда люди постоянно производят дисфункциональные с точки зрения культурной нормы действия, их поведение может быть связано с расстройством личности (РЛ).

Расстройства личности представляют собой хронически дисфункциональные взгляды на мир, себя и своего партнера, сопровождающиеся чувствами и поведением, нетипичными для родной культуры. Однако РЛ являются и гомеостазными системами, в которых эмоции, когниции и поведение взаимно усиливаются и поэтому поддерживают и стабилизируют друг друга. Диагностические критерии РЛ согласно четвертому изданию *Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (DSM – IV-TR)* представлены в таблице 1.2.

Таблица 1.2. Диагностические критерии расстройства личности по DSM – IV-TR

- A. Устойчивый паттерн внутренних переживаний и поведения, значительно отличающийся от культурных норм. Этот паттерн проявляется в двух (или более) сферах:
 - (1) когниции (способы восприятия и интерпретации себя, других людей и событий)
 - (2) аффективность (спектр, интенсивность, предсказуемость и уместность эмоциональных реакций)
 - (3) межличностное функционирование
 - (4) контроль за импульсами
- B. Устойчивый паттерн является не гибким и устойчивым для широкого спектра личных и социальных ситуаций
- C. Устойчивый паттерн приводит к клинически значимому дистрессу или нарушениям в социальной, профессиональной или других сферах жизни
- D. Паттерн является стабильным и продолжительным, начало паттерна можно проследить как минимум до подросткового возраста или юности
- E. Устойчивый паттерн не объясняется наличием или последствиями другого психического расстройства
- F. Устойчивый паттерн не связан напрямую с физиологическими последствиями употребления веществ (например, наркотиков или лекарственных препаратов) или же с другим медицинским диагнозом (например, черепно-мозговой травмой)

Примечание. Из Американской ассоциации психиатров.⁵⁶ Copyright 2000 by the American Psychiatric Association.

На заре подобных исследований, пытаясь эмпирическим путем определить подтипы абьюзивных личностей, Хэмбергер и Хастингс^{18, 19} провели опрос фокусной группы по Многоосевому клиническому опроснику Миллона (МСМІ; версия I). Группа состояла из 99 мужчин, находившихся в терапии из-за нанесения физических побоев женам, затем был проведен факторный анализ результатов (см. таблицу 1.1). Опросник МСМІ²⁰ (сейчас вышедший уже

в третьей редакции) представляет собой шкалу самооценки, которая в общих чертах соответствует категориям из DSM – III, включая категории «Ось II» и РЛ. Появились три фактора, которые авторы назвали: «шизоидным/пограничным» (Фактор 1), «нарциссическим/антисоциальным» (Фактор 2) и «пассивно-зависимым/ компульсивным» (Фактор 3). Данная выборка мужчин, применявших насилие в близких отношениях, равномерно распределилась (по 10–16 человек в каждой группе) по этим трем категориям, к тому же было выделено четыре подгруппы, сочетавшие в себе разные аспекты первых трех «чистых» категорий, а одна подгруппа не имела никаких признаков клинической патологии по первым трем категориям. Семь подгрупп РЛ составили 88 % от всей выборки. Мужчин с высокими показателями по Фактору 1 (шизоидное/пограничное) и низкими показателями по остальным факторам описывали как мрачных и чувствительных к межличностным неурядицам, а также как нестабильных и гиперреагирующих, похожих на «доктора Джекила и мистера Хайда». По DSM-III этой группе был поставлен диагноз: «пограничное расстройство личности». В ней наблюдался высокий уровень тревоги, гнева и депрессии, а также злоупотребление психоактивными веществами.

Группе с высокими показателями по Фактору 2 (и низкими по 1 и 3) был поставлен диагноз: «нарциссическое, или антисоциальное, расстройство личности». Они применяли насилие скорее как инструмент достижения цели (то есть добивались расплаты или какого-то результата) и прибегали к нему как в близких отношениях, так и в других ситуациях. Группа с высокими показателями по Фактору 3 (низкие 1 и 2) состояла из пассивных, напряженных и ригидных мужчин. Мы бы назвали их гиперконтролирующими. Подгруппа 4 (смешанного типа) сочетала в себе черты Фактора 1 – склонность к гневу и мрачному настроению – с качествами Фактора 2 – агрессивностью и нарциссизмом, в результате чего здесь мы говорим о крайне агрессивной личности, неспособной к эмпатии. Эта «пограничная-антисоциальная» подгруппа, очевидно, представляла собой особенно опасный тип личности.

Смешанная подгруппа 5 сочетала в себе качества Фактора 1 – мрачность, склонность к депрессии, избегание – с сильнейшей потребностью в зависимости, характерной для Фактора 5, что создавало крайне конфликтный, фрустрированный и дисфоричный пограничный синдром. В этой группе также наблюдались выраженные перепады настроения и периодические проблемы с тестированием реальности. Здесь мы видим профиль, сходный с мужчинами, описанными женщинами-респондентками из исследования Уокер, для которых была характерна цикличность действий.

Результаты других исследований говорят о том, что среди мужчин, нападавших на своих жен²¹⁻²⁴ – как направленных на терапию по решению суда, так и обратившихся за помощью добровольно, – процент наличия расстройств личности составляет 80-90 %, притом, что средняя частота расстройств личности у населения варьируется в пределах 15-20 %.²⁵ По мере того как насилие становится более тяжелым и хроническим, вероятность наличия психопатологии достигает 100 %.²⁶

Множество исследований, проведенных независимыми учеными, подтверждают, что распространенность расстройств личности среди мужчин, подвергавших жен физическому насилию, невероятно высока. Прогностические исследования насилия в близких отношениях показывают, что именно расстройства личности, а не гендерная принадлежность или другие демографические факторы, являются наиболее важной переменной.²⁷

В своем исследовании типологии этой группы мужчин Хольцворт-Манро и Стюарт также предлагают трехмодальную категоризацию насильников.^{† 29,30} В эту тройку вошла «склонная к насилию / антисоциальная группа» (соответствующая Фактору 2 у Хэмбергера и Хастингса или подгруппе 4), а также «дисфоричная/пограничная» группа (похожая на Фактор 1 или подгруппу 5). К сожалению, авторы выделили гиперконтролирующих, или пассивно-зависимых, насильников (Фактор 3) в группу применяющих насилие «только в семье», что не совсем верно,

потому что большинство «дисфоричных/пограничных» тоже применяют насилие только по отношению к членам семьи. По их типологии гиперконтролирующие абьюзеры оказываются менее патологичными и имеют менее негативное представление о женщинах. Непосредственно расстройства личности у них наблюдаются только по пассивно-зависимому типу. Очевидно, что они упустили самые вопиющие признаки абьюзеров по «Кластеру Б»: эмоциональная реактивность, гнев и ревность, ведь у этих людей тоже регулярно случались вспышки ярости и насилия.

В 1988 году Хэмбергер и Хастингс заявили, что их данные говорят о росте количества абьюзеров, не имеющих расстройств личности.¹⁹ Лор, Хэмбергер и Бонж³¹ провели кластерный анализ восьми шкал расстройства личности по опроснику МСМІ–II на выборке из 196 мужчин. На этот раз была выявлена группа, в которой не наблюдалось роста количества актов насилия ни по одной шкале РЛ (39 % выборки в сравнении с 12 % в статье 1986 года). Какова же была причина того, что частота расстройств личности столь явно снизилась по сравнению с более ранними исследованиями?

Такое уменьшение можно объяснить по-разному. С одной стороны, это был желаемый с социальной точки зрения результат, поскольку терапевтические группы для насильников стали все чаще проводиться по решению судов.³² Клиенты, направленные на терапию по решению суда, пытались «предстать хорошими» по результатам психологических тестов, чтобы не проходить повторное лечение. Некоторые исследования свидетельствуют о росте социальной приемлемости среди этой категории населения. Я³³ отметил, что исследование Гондольфа выявило невероятные показатели по социальной приемлемости в этой группе, и предположил, что частота расстройств личности сильно занижена. Возможно, были и другие факторы отбора, влиявшие на тип клиентов, включенных в такие терапевтические группы и, соответственно, обуславливавшие специфику выборки. С 1986 по 1994 год практика задержания полицией при обращении по поводу насилия в близких отношениях сильно изменилась, став более агрессивной.³⁴ Теперь в выборку мужчин, попавших на терапию по решению суда, входили и те, кто совершил менее серьезные нарушения и зачастую действительно не страдал от расстройства личности (то есть при заполнении опросников типа МСМІ не наблюдалось значимого роста баллов).

Наконец, ни в одном из исследований абьюзеров не предпринималось попытки убедиться, применялось ли насилие по отношению к самому насильнику. Билатеральное насилие – самая распространенная форма¹⁶ насилия по отношению к интимному партнеру, однако исследований насилия над мужчинами со стороны женщин не проводилось из-за политкорректности, а вот при оценке насильников женского пола им в первую очередь задавали вопрос, подвергались ли они сами насилию со стороны партнера мужского пола (см., например, Dutton & Nicholls³⁵).

Склонные к насилию мужчины: гиперконтролирующие

Однажды я проводил исследование, в котором изучал мужчин, отбывавших тюремный срок за убийство супруги.³⁶ К своему удивлению, обнаружил, что тюремный психиатр охарактеризовал 50 % мужчин из первичной выборки как «склонных к избеганию», поставив им диагноз «шизоидное или шизотипическое расстройство», а также что большинство из этих заключенных никогда ранее не привлекались к уголовной ответственности. Гиперконтролирующие мужчины обычно пытаются понравиться терапевтам, крайне склонны к сотрудничеству, причем до такой степени, что врачу с трудом верится, что они могли проявлять жестокость (см. таблицу 1.3). Когда терапевт просит их вести дневник гнева, эти мужчины заявляют, что они вообще редко злятся и записывать особенно нечего. Как уже говорилось выше, в какой-то момент терапевту обычно удается убедить их вести дневник «раздражения». Однако гиперконтролирующие абьюзеры хранят в себе долго сдерживаемую хроническую обиду на то, что их не ценили или не ценят по достоинству. У них есть ощущение несправедливости или пренебрежения со стороны других людей. Комик Родни Дэнджерфилд прекрасно передал это чувство в монологе «Меня никто не уважает». Кипящий гнев и обиду такие мужчины прячут за внешней улыбчивостью, именно это иногда и приводит к серьезным последствиям, а иногда и к убийству.

Таблица 1.3. Характеристики гиперконтролирующих насильников

- Уплощенный аффект или постоянно радостная персона
- Пытается снискать расположение терапевта
- Пытается избегать конфликтов
- Хорошо замаскированная зависимость
- Высокая степень социальной одобряемости
- Жестокость сопровождается употреблением алкоголя
- Есть приводы за вождение в нетрезвом состоянии
- Хроническая обида
- Тип привязанности: тревожный
- По опроснику МСМІ: избегающие, зависимые, пассивно-агрессивные

Склонные к насилию мужчины: антисоциальные

Антисоциальные абьюзеры обладают следующими характеристиками: отсутствие способности к эмпатии, склонность использовать насилие для контроля и получения желаемого, часто в анамнезе антисоциальные и преступные действия. Работа Нила Джейкобсона в Университете Вашингтона показала еще один леденящий кровь аспект: эти люди на физиологическом уровне иначе реагируют на конфликты, чем контролирующие мужчины. Во время жарких споров у них *падает* пульс.³⁷ Следовательно, несмотря на эмоционально агрессивное поведение, эти мужчины, которых Джейкобсон называет «вагальными реакторами», внутренне остаются спокойными (термин «вагальный реактор» связан с идеей о том, что раздражение вагусного нерва подавляет возбуждение). В результате автономного подавления возбуждения антисоциальные абьюзеры пристально фокусируют внимание на внешней среде: в данном случае на жене-антагонисте. Джейкобсон обнаружил, что самыми агрессивными и высокомерными из всех изученных им мужчин были именно те, у кого пульс замедлялся в наибольшей степени.

Джейкобсон назвал эти два типа семейных насильников «кобры» и «питбули».³⁸ Хотя, как мы с вами увидим ниже, «женщины-жертвы» тоже вносили свою лепту в насилие – и эти показатели оказались занижены.

Клинические признаки недвусмысленно указывают на то, что, скорее всего, в подгруппу «вагальных реакторов» вошли психопаты. Психопаты, способные нарушать закон без каких-либо угрызений совести и не получающие пользы от терапии, знамениты высоким уровнем рецидивов даже после прохождения курса лечения.^{39, 40} Действительно, их уплощенные эмоциональные реакции в сочетании с изощренными техниками контроля и расчетливым применением насилия (заранее продуманным для получения противозаконной выгоды) служат двумя основными критериями, описанными в классической работе о психопатах Роберта Хаэра⁴¹ (см. таблицу 1.4). Хаэр характеризует психопатов как людей, лишенных совести, и использует магнитно-резонансную томографию (МРТ) мозга для того, чтобы продемонстрировать полное отсутствие у них эмоциональной реакции.

Таблица 1.4. Характеристики психопатии

- Практически никогда не возникает во взрослом возрасте (обычно есть более ранние признаки)⁵⁷
- Во время конфронтации в близких отношениях у «вагальных реакторов» наблюдается снижение пульса⁵⁸
- Рано выявляются по сочетанию гиперактивности – импульсивности – дефицита внимания с расстройствами поведения⁵⁷
- Психопаты во много раз чаще других категорий совершают повторные преступления, становясь рецидивистами⁵⁹
- Криминальные действия начинаются еще в подростковом возрасте, уровень остается высоким до возраста около 40–50 лет, затем постепенно снижается⁵⁹

Если Хаэр предположил генетическую обусловленность психопатии, то Портер ввел термин «вторичный психопат», означающий, что нарушение возникло вследствие хронического насилия,⁴² а Херв разработал четырехчастную типологию психопатов,⁴³ включая «псевдопсихопата», который кажется психопатом, но все же имеет эмпатичные реакции. Согласно новой таксономической классификации менее очевидной становится разница между «антисоциаль-

ным расстройством личности» и психопатией. Далее возникают проблемы с определением психопатии как таксона (четкой категории), дифференциальные критерии которой используются для постановки диагноза (Перечень психопатических черт – новая редакция⁴⁴) в Европе (25 баллов) и США (более 30 баллов). Недавно появившиеся данные говорят о том, что процент психопатов среди мужчин, склонных к домашнему насилию, невероятно велик, хотя куда больше внимания уделяется мужчинам «в целом склонным к насилию», которые кажутся анти-социальными. Таким образом, есть необходимость в разработке более совершенной диагностики психопатии.

Склонные к насилию мужчины: импульсивные

Мы с Роджером Твидом⁴⁵ сравнили инструментальный и импульсивный типы абьюзеров (см. таблицы 1.5 и 1.6). Для импульсивных мужчин был характерен в большей степени тревожно-избегающий «стиль привязанности» (который я подробно опишу в другой главе), а психологический профиль соответствовал скорее пограничной личности, в то время как инструментальный тип напоминал антисоциальную личность. Инструментальная группа показала антисоциальный-нарциссический-агрессивный-садистический профиль по опроснику МСМІ, и в ней чаще встречались случаи тяжелого физического насилия. Импульсивная группа получила более высокие баллы по пограничному расстройству, избегающему и пассивно-агрессивному, более высокие показатели по Шкале пограничной организации личности Олд хэма и др.⁴⁶ (ПОЛ, о которой подробно пойдет речь ниже), более высокий уровень хронического гнева и тревожно-избегающий стиль привязанности по шкале самооценки привязанности (Опросник стиля отношений, Relationship Style Questionnaire (RSQ)⁴⁷).

Таблица 1.5. Черты импульсивных/гипоконтролирующих насильников

- Циклические «фазы»
- Высокий уровень ревности
- Насилие в основном/только по отношению к интимному партнеру
- Высокий уровень депрессии, дисфории, вызванного тревогой гнева
- Амбивалентное отношение к жене/партнерше
- Стиль привязанности: тревожно-избегающий
- МСМІ: пограничное расстройство

Таблица 1.6. Черты инструментальных/гипоконтролирующих насильников

- Применение насилия и дома, и за его пределами
 - Антисоциальное поведение в анамнезе (кража автомобилей, грабеж, насилие)
 - Высокая степень принятия насилия
 - Негативные убеждения, связанные с насилием (мачо)
 - Как правило, подвергались тяжелейшему физическому насилию в детстве
 - Низкий уровень эмпатии
 - Связи с криминальной маргинальной субкультурой
 - Стиль привязанности: отвергающий
 - МСМІ: антисоциальный, агрессивно-садистическая привязанность
- (Опросник стиля отношений, Relationship Style Questionnaire (RSQ)⁴⁷).

Инструментальные абьюзеры имеют отвергающий стиль привязанности и производят впечатление, что не хотят близости и не нуждаются в значимом другом. Импульсивные абьюзеры, в свою очередь, одинаково сильно боятся как покинутости, так и одиночества. Этот страх трансформируется, сужаясь до «патологической ревности» или «супружеской паранойи», и порождает контролирующие действия, являющиеся замаскированной попыткой сделать так, чтобы не оказаться покинутым.

Сходная с пограничной организацией личности и имеющая клинические признаки импульсивности и гиперэмоциональности в близких отношениях описанная в данной работе абьюзивная личность кажется более родственной импульсивным насильникам, или Типу 2. Твид и Даттон⁴⁵ доказали это сходство: в исследовании импульсивные мужчины получили

75 баллов по шкале ПОЛ (показатель, идентичный значениям, указанным Олдхэмом и др. для пограничного расстройства⁴⁶), а инструментальные и контролирующие абьюзеры имели на много более низкие показатели по этой шкале.

Импульсивная группа также показала высокий балл (84) антисоциального РЛ, однако в сочетании с высокими баллами по другим расстройствам личности, включая ПРЛ (пограничное расстройство личности). Инструментальная группа была поглощена собой и не имела способности к эмпатии, у импульсивной группы оказались проблемы с самооценкой и асертивностью. В целом результаты подтвердили наличие двух дифференциальных пиков расстройств личности у абьюзивных лиц мужского пола: антисоциального и пограничного. Первый склонен к применению инструментального насилия как в интимных отношениях, так и за их пределами, второй же к импульсивному насилию главным образом в интимных отношениях.

Относительно недавно Эдвардс и его коллеги⁴⁸ также обнаружили серьезную корреляцию пограничного и антисоциального РЛ с физической агрессией (насилие в супружеских отношениях) в выборке из тюремных заключенных (43 мужчины, осужденных за нападение на жен, 40 осужденных за преступления без применения насилия). В группе с высоким уровнем насилия наблюдались более высокие баллы по всем патологическим шкалам Опросника оценки личности (Personality Assessment Instrument (PAI)).⁴⁹ Авторы связывают РЛ и насилие в супружеских отношениях с фактором контроля за импульсами. Некоторые ученые обнаружили, что импульсивность представляет собой проблему для одной из подгрупп абьюзеров. «Эмоционально нестабильные» абьюзеры, по Сондерсу, имеют проблемы с импульсивностью. Эдвардс и его коллеги выдвинули гипотезу, что в ходе кластерного анализа использованных шкал будут выделены две группы абьюзеров: инструментальные и импульсивные, то есть те же группы, что описаны Твидом и Даттоном. Импульсивная группа будет иметь самый высокий балл по импульсивности, пограничной организации личности и тревожный стиль привязанности. Этот кластер был выделен, и высокие баллы по импульсивности действительно коррелировали с супружеским насилием. В ходе кластерного анализа выявлены две группы, относительно похожие на инструментальную и импульсивную, описанные Твидом и Даттоном. Эдвардс и коллеги также обнаружили высокий уровень психопатологии и наличие расстройств личности в выборке по супружескому насилию. Они сделали вывод, что импульсивность, импульсивная агрессия, антисоциальное и пограничное РЛ являются важнейшими факторами супружеского насилия.

Все исследования по нейробиологии,^{50, 51} расстройствам личности,⁵² пограничной организации личности,⁵³ а также работы, посвященные непосредственно абьюзерам,^{45, 48, 54} подтверждают существование импульсивной группы абьюзеров, нуждающихся в терапевтической помощи для контролирования импульсивности. Недавнее МРТ-исследование, проведенное Янгом и коллегами,⁵⁵ показало, что у группы обследованных с особым типом импульсивной проблематики, а именно склонностью ко лжи, наблюдается другое соотношение белого и серого вещества в префронтальных долях головного мозга. Соотношение белого и серого вещества у лжецов сильно отличалось от подобного соотношения и в контрольной группе, и в группе мужчин с антисоциальным расстройством личности. Контроль над импульсами осуществляется отдельной системой мозга, отличающейся от холодных, просчитанных действий антисоциальной личности или деятельности некриминальной контрольной группы. Нельзя упрощать этот вопрос, говоря, что все абьюзеры *выбирают* вести себя таким образом, поскольку это противоречит результатам исследования подтипов и импульсивности.

Описанные в данной книге цикличные абьюзеры, таким образом, относятся лишь к одному из типов домашних насильников с расстройством личности. Все виды абьюза надо воспринимать серьезно. Антисоциальные абьюзеры могут совершать и другие, более публичные преступления. Гиперконтролирующие абьюзеры гораздо реже применяют насилие, однако в

этой группе выше риск убийства партнера. Циклические абьюзеры применяют насилие часто, в тяжелой форме и исключительно по отношению к интимному партнеру. Они кажутся «нормальными» и даже приятными людьми в других отношениях. Их сложно выявить, они очень опасны.

Для анализа этих мужчин мы избрали хронологический подход, отражающий порядок открытий, совершенных в ходе моего исследования. Ранние объяснения супружеского насилия были психиатрическими, социобиологическими или феминистически-социологическими. Психиатры считали, что насилие связано исключительно с нейрологической дисфункцией. Социобиологи – что супружеское насилие является дисфункциональной формой контроля над возможностью влияния на генофонд и частью эволюционного наследия мужчин. Феминистическая социология считала насилие в близких отношениях проявлением силы мужчины, полагая, что гендерно определяемая власть на социальном уровне формируется обусловленностью половых ролей. Две последние теории очень масштабны, и с их помощью сложно объяснить, почему разные мужчины реагируют по-разному, – об этом и пойдет речь в главе 2.

Примечания

* Свое исследование я посвятил абьюзивным мужчинам, из чего не следует делать вывод, что абьюзерами бывают только мужчины. Далее я приведу обзор имеющейся литературы по теме женского абьюза.

† I use the term “abuse perpetrators” because we do not know that all abuse perpetrators are “batterers” – to batter means to strike repeatedly.

На родине автора это термины, закрепленные на юридическом уровне, поэтому он уточняет. У нас домашнее насилие в принципе не фигурирует как отдельная статья. Тут либо убирать это примечание, либо писать обширный комментарий, что, наверное, излишне.

Литература

1. *Baron R., Byrne D.* Social psychology: Understanding human interaction. Allyn & Bacon: Boston, 1977.
2. *Zimbardo P.* The human choice: Individuation, reason, and order versus de-individuation, impulse, and chaos. University of Nebraska Press: Lincoln, 1969.
3. *Leary T.F.* Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation. International Universities Press: New York, 1957.
4. *Dutton D.G.* Rethinking domestic violence. UBC Press: Vancouver, 2006.
5. *Snell J.E., Rosenwald P.J., Robey A.* The wifebeater's wife. Archives of General Psychiatry 1964; **2**: 107–113.
6. *Hilberman E.* Overview: The “wife beater's wife” reconsidered. American Journal of Psychiatry 1980; **137** (11): 1336–1347.
7. *Faulk M.* Men who assault their wives. Medicine, Science and the Law 1974; **14**: 180–183.
8. *Dutton D.G.* Personality profile of intimate terrorists. Journal of Interpersonal Violence, in press.
9. *Bland R.C., Orn H.* Family violence and psychological disorder. Canadian Journal of Psychiatry 1986; **31** (12): 129–137.
10. *Rounsaville B.* Theories in marital violence: Evidence from a study of battered women. Victimology: An International Journal 1978; **3** (1–2): 11–31.
11. *Russo F.* The faces of Hedda Nussbaum. New York Times 1997; March 10: 12–24.
12. *Pence E., Paymar M.* Power and control: Tactics of men who batter. Minnesota Program Development: Duluth, 1986.
13. *Sonkin D.J., Martin D., Walker L.* The male batterer: A treatment approach. Springer: New York, 1985.
14. *Walker L.E.* The battered woman. Harper & Row: New York, 1979.
15. *Dutton D.G.* Profiling wife assaulters: Some evidence for a trimodal analysis. Violence and Victims 1988; **3** (1): 5–30.
16. *Stets J., Straus M.A.* The marriage license as a hitting license: Physical violence in American Families. Transaction Publishers: New Brunswick, NJ, 1992.
17. *Simon T.R., Anderson M., Thompson MP et al.* Attitudinal acceptance of intimate partner violence among U.S. adults. Violence and Victims 2001; **16** (2): 115–126.
18. *Hamberger L.K., Hastings J.E.* Personality correlates of men who abuse their partners: A cross-validation study. Journal of Family Violence 1986; **1** (4): 323–341.
19. *Hamberger L.K., Hastings J.E.* Personality characteristics of spouse abusers: A controlled comparison. Violence and Victims 1988; **3**: 5–30.
20. *Millon T.* The MCMI–II manual (2nd edn). National Computer Systems: Minneapolis, 1987.
21. *Saunders D.G.* A typology of men who batter: Three types derived from cluster analysis. American Journal of Orthopsychiatry 1992; **62** (2): 264–275.
22. *Hamberger K., Hastings J.E.* Personality correlates of men who batter and non-violent men: Some continuities and discontinuities. Journal of Family Violence 1991; **6** (2): 131–147.
23. *Dutton D.G., Starzomski A.* Psychological differences between court-referred and self-referred wife assaulters. Criminal Justice and Behavior: An International Journal 1994; **21**: 203–222.
24. *Hart S.D., Dutton D.G., Newlove T.* The prevalence of personality disorder among wife assaulters. Journal of Personality Disorder 1993; **7** (4): 329–341.

25. Kernberg O. The structural diagnosis of Borderline Personality Organization. In: Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient, Hartocollis P (ed). International Universities Press: New York, 1977; 87–121.
26. Dutton D.G. Personality profile of intimate terrorists. Unpublished manuscript, University of British Columbia, 2006.
27. Ehrensaft M.K., Moffitt T.E., Caspi A. Clinically abusive relationships in an unselected birth cohort: Men's and women's participation and developmental antecedents. *Journal of Abnormal Psychology* 2004; **113** (2): 258–270.
28. Moffitt T.E., Caspi A., Rutter M. et al. Sex differences in antisocial behavior. Cambridge University Press: Cambridge, UK, 2001.
29. Holtzworth-Munroe A., Stuart G.L. Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin* 1994; **116** (3): 476–497.
30. Holtzworth-Munroe A., Meehan J., Herron K. et al. Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2000; **68**: 1000–1019.
31. Lohr J.M., Hamberger L.K., Bonge D. The nature of irrational beliefs in different personality clusters of spouse abusers. *Journal of Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy* 1988; **6**: 273–285.
32. Dutton D.G. Treatment of Assaultiveness. In: Intimate violence: Contemporary treatment approaches, Dutton DG, Sonkin DL (eds). Haworth Press: New York, 2003.
33. Dutton D.G. MCMI results for batterers: A response to Gondolf. *Journal of Family Violence* 2003; **18** (4): 253–255.
34. Buzawa E.S., Buzawa C.G. Domestic violence: The criminal justice response (2nd edn). Sage: Thousand Oaks, CA, 1996.
35. Dutton D.G., Nicholls T.L. The gender paradigm in domestic violence research and theory: Part 1. The conflict of theory and data. *Aggression and Violent Behavior* 2005; **10** (6): 680–714.
36. Dutton D.G., Kerry G. Modus operandi and personality disorder in incarcerated killers. *International Journal of Law and Psychiatry* 1999; **22** (3–4): 287–300.
37. Jacobson N.S., Gottman J.M., Waltz J. et al. Affect, verbal content, and psychophysiology in the arguments of couples with a violent husband. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1994; **62** (5): 982–988.
38. Jacobson N.S., Gottman J. When men batter women: New insights into ending abusive relationships. Simon & Schuster: New York, 1998.
39. Hare R.D., Forth A.E., Strachan K. Psychopathy and crime across the lifespan. In: Aggression and violence throughout the lifespan, Peters RD, MacMahon RJ, Quinsey VL (eds). Sage: Newbury Park, CA, 1992; 285–300.
40. Hare R.D. Psychopathy: A clinical construct whose time has come. *Criminal Justice and Behavior* 1996; **23** (1): 25–54.
41. Hare R.D. Without conscience: The disturbing words of the psychopaths among us. Pocket Books: New York, 1993.
42. Porter S. Without conscience or without active conscience? The etiology of psychopathy revisited. *Aggression and Violent Behavior* 1996; **1** (2): 179–189.
43. Herve H.F.M. The masks of sanity and psychopathy: A cluster analytical investigation of subtypes of criminal psychopathy. Doctoral dissertation, Department of Psychology, University of British Columbia, 2002.
44. Hare R.D. The Hare Psychopathy Checklist – Revised. Multi-Health Systems: Toronto, 1991.
45. Tweed R., Dutton D.G. A comparison of impulsive and instrumental sub- groups of batterers. *Violence and Victims* 1998; **13** (3): 217–230.

46. *Oldham J., Clarkin J., Appelbaum A. et al.* A self-report instrument for Borderline Personality Organization. In: *The borderline: Current empirical research*, McGlashan TH (ed). American Psychiatric Press: Washington, DC, 1985; 1–18.
47. *Bartholomew K., Horowitz L.W.* Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology* 1991; **61**: 226–244.
48. *Edwards D.W., Scott C.L., Yarvis R.M. et al.* Impulsiveness, impulsive aggression, personality disorder and spousal violence. *Violence and Victims* 2003; **18** (1): 3–14.
49. *Morey L.C.* The Personality Assessment Inventory: Professional manual. Psychological Assessment Resources: Odessa, FL, 1991.
50. *Coccaro E.F.* Neurotransmitter correlates of impulsive aggression in humans. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1996; **794**: 82–99.
51. *Coccaro E.F., Kavoussi R.J.* Neurotransmitter correlates of impulsive aggression. In: *Aggression and violence*, Stof DM, Cairns RB (eds). Erlbaum: Mahwah, NJ, 1996; 64–76.
52. *Meloy J.R.* Violent attachments. Jason Aronson: Northvale, NJ, 1992.
53. *Zanarini M.C., Parachini E.A., Frankenburg F.R. et al.* Sexual relationship difficulties among borderline patients and Axis II comparison subjects. *Journal of Nervous and Mental Disease* 2003; **191** (7): 479–482.
54. *Dutton D.G.* The abusive personality: Violence and control in intimate relationships. Guilford Press: New York, 1998.
55. *Yang Y., Raine A.D., Lencz T. et al.* Prefrontal white matter in pathological liars. *British Journal of Psychiatry* 2005; **187**: 328–335.
56. *American Psychiatric Association.* Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edn, text rev). American Psychiatric Association: Washington, DC, 2000.
57. *Lyman D.R.* Early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath? *Psychological Bulletin* 1996; **120** (2): 209–234.
58. *Gottman J.M., Jacobson N.S., Rushe R.H. et al.* The relationship between heart rate activity, emotionally aggressive behavior and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology*, 1995; **9**: 1–41.
59. *Hard R.D., Forth A.E., Strachan K.* Psychopathy and crime across the lifespan. In: *Aggression and violence throughout the lifespan*, Peters RD, McMahon RJ, Quinsey VL (eds). Sage: Newbury Park, CA, 1992: 285–300.

Глава 2. Ранние объяснения

Органические синдромы мозга и реакция ярости

В академических исследованиях конца 1970-х годов было принято подразделять агрессию на две категории: «нормальную», направленную на постороннего человека или врага, и «насилие в близких отношениях», которое обозначалось «ненормальным», характерным для сумасшедших. Медицина считала таких людей подобными ужасному монстру, созданному доктором Франкенштейном и получившему из рук ассистента мозг преступника, и утверждала, что они совершают акты насилия из-за неврологических отклонений. В 1977 году я участвовал в международной конференции психиатров и специалистов по уголовному праву и увидел в программе несколько докладов по теме супружеского насилия. К моему глубокому разочарованию, доклады оказались посвящены исключительно неврологическим «причинам» нападения мужей на жен. Это сложное действие, наполненное символизмом и множеством смыслов, приписываемых женщине (любовница/спасительница/мать/предательница), связанное с obsessions, презрением, ревностью, гневом и яростью, свели к пертурбациям в так называемой лимбической системе – той части мозга, которая предположительно управляет эмоциями. Следовательно, эти психиатры утверждали, что нарушения функционирования головного мозга, в частности височных долей, и являются причиной того, что мужья избивают своих жен.

Относительно недавно Дэниел Гоулман в книге «Эмоциональный интеллект» высказал мнение, что реакции страха и ярости («бей-беги») запускаются сенсорными сигналами, которые сначала попадают в лимбическую систему (таламус и амигдалу), и лишь после этого начинается их обработка неокортексом. Более поздняя, «рассудочная» реакция возникает слишком поздно и не может остановить изначальную импульсивную ярость (или стремление убежать). Однако Гоулман не рассматривает лимбические реакции исключительно как естественную функцию, запрограммированную «природой». Ссылаясь на блестящую работу Алана Шора по ранним переживаниям и созреванию мозга, Гоулман говорит, что на развитие амигдалы¹ оказывают влияние ранние эмоциональные послания от родителей. В революционной работе Шор показал связь между взаимодействием матери с младенцем и развитием структур головного мозга, в том числе лимбических, контролирующих эмоции.^{2, 3} Его исследования доказывают, что развитие правого полушария происходит раньше, чем развитие левого полушария, как правило, в первые 18 месяцев, до развития речи. Более того, неврологическое развитие напрямую зависит от привязанности – от своевременности и синхронности сонастроенного взаимодействия между матерями и младенцами. Термин «привязанность» был введен Боулби⁴⁻⁶ в качестве социобиологической альтернативы концепции «вытеснения сексуальных желаний» Фрейда, которая лежала в основе понимания интимных взаимоотношений.* После проведенного Шором анализа этот термин стал неоспорим: истоки эмоциональной близости формируются в процессе ранней привязанности (дополнительное обсуждение этой темы приводится в главе 8). Меня всегда поражало, что социологические исследования НБО уделяют так мало внимания феномену привязанности. Полагаю, что такое искажение возникло из-за большого интереса к гендерным объяснениям НБО (которое в прошлом рассматривалось в первую очередь как мужская проблема).

Психиатр Бессел ван дер Колк вслед за Шором предположил, что сепарация и нарушение привязанности меняют количество и чувствительность опиоидных рецепторов головного мозга, а также вызывают хронические изменения в биохимии мозга. Более того, «определенные виды детского опыта приводят в тому, что человек становится склонен к расстройствам системы

нейротрансмиттеров, которые могут активироваться в стрессовых ситуациях, особенно связанных с потерями близких связей».⁷ Важнейший вклад Шора и ван дер Колка в наше понимание агрессии в близких отношениях более подробно рассмотрен в других главах, пока же важно отметить следующее: ранее с точки зрения психиатрии этиология неврологических нарушений считалась вторичной, а главной причиной импульсивных вспышек ярости назывались неврологические штормы.

Примером такого подхода может служить статья, опубликованная в медицинском журнале *The Practitioner* в 1976 году. Ее автор Фрэнк Эллиотт работал психиатром в больнице штата Пенсильвания.⁸ В статье описывается так называемый синдром эпизодической потери контроля – этот термин предложен Карлом Меннингером, основателем клиники, в честь которого она впоследствии была названа. Изначально Меннингер описывал эпизоды временной потери контроля, когда человек внезапно и по необъяснимым причинам вдруг терял контроль, в буквальном смысле этого слова впадал в амок – так тело бессознательно реагировало на хронический стресс. Эти состояния не поддавались рациональному «эго-контролю» и обладали взрывной природой. В этом смысле они представляли собой иной уровень реакции на стресс по сравнению с такими типами стрессовой адаптации, как тревога, невротические симптомы и психоз. Эпизодическая потеря контроля упоминается в DSM – IV-TR как одно из расстройств контроля импульсов под названием «эпизодическое эксплозивное расстройство». Среди его черт (см. таблицу 2.1) можно назвать следующие: 1) несколько отдельных эпизодов потери контроля над агрессивными импульсами, следствием которых стали серьезные агрессивные действия или порча имущества; 2) степень агрессивности, выраженная «очень диспропорционально по отношению к любому предшествующему психологическому стрессору» (триггер); 3) отсутствие признаков генерализованной агрессивности между эпизодами; а также 4) отсутствие эпизодов, являющихся частью психотического расстройства или других расстройств (например, психопатии). Иными словами, человек не находится в состоянии психоза и между эпизодами в целом ведет себя неагрессивно, а потом у него вдруг случается приступ гнева, совершенно неадекватный тому, что ему предшествовало.

Эллиотт полагал, что эти эпизоды вызываются неврологическим разрядом в лимбической системе, «древней части мозга», расположенной в стволе головного мозга под полушариями. Лимбическую систему называют древней, поскольку считается, что она появилась на ранних этапах эволюции человечества, задолго до развития неокортекса. Она содержит в себе такие структуры, как миндалина (миндалевидное тело), гиппокамп и височная доля. Именно эти зоны считаются «владениями эмоций». Исследования животных показывают, что при стимуляции миндалады с помощью имплантированных микроэлектродов у животных возникает ярость или удовольствие, в зависимости от точного расположения импланта.⁹ При стимуляции определенных зон обезьяны начинают все время нажимать на кнопку, чтобы стимуляция не прекращалась, и делают это до тех пор, пока не валятся с ног от переутомления. Стимуляция других зон приводит к тому, что обезьяны начинают скалиться, становятся агрессивными и набрасываются друг на друга.

Таблица 2.1. Черты эпизодического эксплозивного расстройства

1. Несколько отдельных эпизодов агрессии, приведших к серьезному агрессивному поведению и нападениям или порче имущества
2. Действия непропорциональны предшествующим событиям
3. Обычно действия происходят случайно (в любой ситуации) и не связаны с какими-то конкретными отношениями

Примечание. Эти характеристики никоим образом не заменяют диагностических критериев DSM – IV-TR.

Практически все студенты психологических факультетов с замиранием сердца смотрели фильм испанского нейробиолога Хосе Дельгадо, где он, переодевшись в костюм матадора, сражался с быком, в лимбическую систему которого был вживлен имплант, которым Дельгадо дистанционно управлял. Когда Дельгадо нажимал кнопку на крошечном пульте, бык вдруг останавливался. Электрическая активность в определенной зоне мозга может оказывать сильное влияние на поведение, связанное с агрессией. Одним из видов намеренно генерируемой электрической активности в мозге является эпилептический припадок. Следовательно, с точки зрения неврологии потенциальной причиной неконтролируемых вспышек агрессии может быть эпилепсия.

Эллиотт считал височную эпилепсию наиболее распространенным «органическим» нарушением, связанным со вспышками ярости. Височная эпилепсия, в свою очередь, может вызываться любой ранней травмой, например «кислородным голоданием в младенчестве» (при проблемах с дыхательной системой) или «травматическими шрамами». Эллиотт никогда не писал о своих соображениях по поводу происхождения этих травматических шрамов и не размышлял над тем, может ли височная эпилепсия быть следствием насилия в детстве или нарушения привязанности. Последние исследования говорят в пользу наличия такой связи. Потрясающие межпоколенческие исследования Байрона Эгеланда и коллег¹⁰

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.