

ВОСПОМИНАНИЯ ИНВАЛИДОВ О СЕКСУАЛЬНОМ НАСИЛИИ: ФАКТЫ И УМОЛЧАНИЯ

Д. Завиржек

Статья деиндивидуализирует полемику по поводу сексуального насилия в отношении инвалидов (особенно женщин), показывая, что, как сексуальная, так и асексуальная идентичность недееспособных граждан неизменно формируется в соответствии с институциональной моделью доминирования-подчинения. Показывается, что вне зависимости от того, воспринимаются ли инвалиды асексуальными или же, наоборот, сексуализируются, они не в силах избежать сексуального насилия, которое не является девиацией, но внутренне присуще социальной конструкции инвалидности. Статья включает личные свидетельства женщин с различными недугами из Словении, пострадавших от насилия дома или в специализированных учреждениях ухода за инвалидами. Приводятся некоторые мнения специалистов и опекунов, умаляющие значимость насилия в отношении инвалидов. Утверждается, что игнорирование сексуального насилия — часть неуловимой, непреднамеренной дискриминации, отражающей преобладание предрассудков и ненависти по отношению к недееспособным детям и взрослым, сохраняющейся как в частной сфере, так и в специализированных учреждениях. Представители этнических меньшинств, например, рома¹ сейчас чаще, чем остальные, получают диагноз психи-

Эта работа написана в рамках исследований, проводимых мной в Институте криминологии Университета Любляны, которому я очень благодарна за поддержку. Хочу поблагодарить Власту Сужелий, которая перевела на английский этнографический материал, и доцента Лилиану Буркар с кафедры английского языка — за дополнительную лингвистическую правку. Особую благодарность хочу выразить своим друзьям и коллегам: Ренате Залецл из Института Криминологии, и профессору Аллену Фельдману, приглашенного для чтения лекций в Гуманитарный Институт в Любляне, — за важные замечания и вдохновляющие дискуссии.

¹ Одна из цыганских народностей, а также политкорректное общее наименование цыган. — *Примеч. ред.*

ческой инвалидности. Следовательно, диагноз инвалидности должен рассматриваться как часть культурной стратегии в отношении экономически и социально маргинализованной группы. Автор использует исторический метод, теории социальной работы, культурологический и феминистский анализ.

Ключевые слова: физическое и сексуальное насилие в отношении инвалидов, нормальность жестокости, этнизация инвалидности, свидетельства и воспоминания, визуальные репрезентации, институциональная жестокость

Введение

В 2002 году фильм «Небезопасный ездок»¹ французского режиссера Жана-Пьера Синапи привлек внимание международной публики кинофестивалей. В фильме показан инвалид-колясочник Рене, живущий в приюте для инвалидов и отстаивающий свое право на сексуальность. Его патронажная сестра активно пытается получить для него медицинское предписание на оплачиваемый секс, но безуспешно, даже когда она заявляет о том, что сексуальные потребности Рене могут повлиять на его психическое здоровье. Несмотря на строгое возражение со стороны сотрудников приюта, патронажная сестра решает тайком найти ему проститутку из парижского пригорода. Наконец она находит кого-то, кто соглашается обслуживать инвалида, и чей вход в фургон достаточно широк, чтобы впустить инвалидное кресло. Событие становится прорывом для других инвалидов, желающих получить доступ к оплачиваемому сексу. В то же время событие нарушает ежедневную рутину учреждения и легитимирует потребности недееспособных жителей приюта. Фильм очевидным образом защищает право инвалидов на секс и настаивает на расширении традиционного понятия потребностей инвалидов, включая в его рамки право на сексуальность. Фильм показывает не тоскующих и зависимых жителей приюта, но активных, целеустремленных и жизнерадостных личностей. Более того, инвалидное тело, сильно феминизированное и инфантилизированное в прошлом, посредством требования права на сексуальную активность, приобретает некоторые социально конструированные маскулинные характеристики, обычно отрицаемые применимо к инвалидам мужского пола.

¹ Название фильма – каламбур, имеющий несколько значений: *easy rider* – «безопасный ездок», название культового фильма режиссера Денниса Хоппера, вышедшего на экраны в 1969 году, показывающего жизнь байкеров; в слэнге: удачливый человек; альфонс; любовник, доставляющий удовольствие. Соответственно, сарказм названия картины очевиден: инвалид-колясочник Рене – «небезопасный ездок», со всеми последующим отрицаниями в смысле: не-герой, не-удачливый человек, не-любовник (с чем и призван полевизировать сюжет картины). – *Примеч. пер.*

Зададимся вопросом, где же в фильме присутствуют женщины, поскольку фильм описывает лишь мужчин, требующих и, в итоге, получающих право на сексуальную жизнь. Рене требует медицинского предписания, веря в то, что сексуальность может улучшить жизнь в целом. Привлекая внимание к одному типу дискриминации, фильм воспроизводит те же гендерные стереотипы, известные нам в западных обществах. Сексуальность мужчины-инвалида воспринимается как более активная в сравнении с сексуальностью женщины-инвалида, так как сексуальность женщин-инвалидов незримо коллективно подавляется. Мужчины изображены как индивиды, имеющие «естественные» и, следовательно, более социально-приемлемые права на сексуальную жизнь, в то время как женщины предстают в виде опекунов и секс-работниц. Как оговаривается в фильме, отсутствие права на сексуальную жизнь может повлиять на психическое здоровье мужчин, но та же идея кажется неприменимой к женщинам. Женская сексуальность по-прежнему рассматривается в качестве реагирующей (пассивной), по сравнению с мужской действующей (активной) сексуальностью.

В то же время растущий объем социологических исследований показывает, что именно женщины и девочки с инвалидностью страдают от сексуального насилия и агрессивного сексуального поведения в большей степени, чем остальные женщины, а также мужчины и мальчики с инвалидностью [Brown & Craft, 1989; Committee... 2001; McCarthy, 2000]. Они парадоксальным образом одновременно предстают и объектами сексуальной активности других, и людьми, чью сексуальность окружающие не признают.

В данной статье представлены личные свидетельства словенских женщин с различными проявлениями инвалидности, которых притесняли дома, в приемных семьях или в государственных спецучреждениях. Здесь также обсуждаются некоторые мнения специалистов и опекунов, обычно умаляющих значимость насилия в отношении инвалидов. В статье утверждается, что игнорирование сексуального насилия — часть неуловимой, непреднамеренной дискриминации, отражающей преобладание предубеждения и ненависти по отношению к недееспособным детям и взрослым, сохраняющейся как в частной жизни, так и на уровне государственной опеки инвалидов. Статья призвана деиндивидуализировать полемику по поводу сексуального насилия в отношении инвалидов (особенно женщин), показывая, что как сексуальная, так и асексуальная идентичность недееспособных граждан неизменно формируется в соответствии с институциональной моделью доминирования-подчинения. В статье показано, что вне зависимости от того, воспринимаются ли инвалиды асексуальными или же, наоборот, сексуализируются, они не в силах избежать сексуального насилия, которое не является девиацией или идиосинкразией, но внутренне присуще социальной конструкции инвалидности.

Кроме того, в статье будет рассмотрено то, как идеологические и институциональные связи сексуальной власти и бессилия зачастую нивелируются, маскируются. Это означает, что сексуальные отношения и идеологии в рамках закрытых структур, будь то институциональных или же свойственных всему обществу, являются реальными формами инструментальной рациональности в управлении и контроле над недееспособными гражданами.

Методология

Статья основана на анализе данных из следующих источников: исследований, проводившихся в 1998–2000 годах, и выпущенных в книге «Hendiker kot kulturna travma» («Инвалидность как культурная травма», Любляна, 2000) и предварительной работы над более масштабным проектом по проблеме насилия по отношению к инвалидам, начатым осенью 2001 года. Во время написания работы исследователи собрали 25 рассказов инвалидов из Словении, живущих дома или в специализированных учреждениях. Неструктурированные интервью были записаны в домах респондентов, приютах, психиатрических учреждениях и офисах негосударственных организаций. Я провела 18 интервью, остальные семь провела научный сотрудник Петра Видимжек. Каждое интервью длилось 2–3 часа, некоторые из интервью проводились в течение нескольких дней. Все интервью записывались на пленку и расшифровывались, все имена пострадавших, преступников и опекунов были изменены. Предварительное исследование включало рассказы женщин и мужчин с различными недугами, но в статье внимание фокусируется именно на женских нарративах. Хотя я признаю, что сексуальное насилие переживают многие инвалиды мужского пола – мужчины и мальчики, в исследование были включены только женщины, раскрывающие в процессе интервью факты совершенного над ними сексуального насилия. Этнографическое исследование дало возможность глубже понять ежедневный контекст личности инвалида. Личные свидетельства инвалидов, свободные от цензуры, становятся частью широкого, но сокрытого и забытого знания клиентов социальной службы.

Нормальность жестокости

Информация, почерпнутая из интервью, показывает, что жестокость и сексуальное насилие по отношению к инвалидам – это не единичные факты, а часть структурной нормативности, проявляющейся на многих уровнях: от визуальной репрезентации в масс-медиа до жестокого обращения со стороны профессиональных и непрофессиональных опекунов. Несколько лет назад одна из главных ежедневных газет Сло-

вении опубликовала статью под названием «Скованный в своем доме, словно зверь» («Dnevnik», 25.1997. Р. 23). В статье говорилось о монстроподобном мужчине, которого приковывали к духовке в случаях, когда он оставался один без присмотра. Несмотря на возраст мужчины (23 года), его свободу жестоко ограничивали, что связывалось в статье с его умственной неполноценностью. Статья по сути узаконивала жестокость по отношению к герою репортажа и имплицитно выражала симпатию опекуну (работающему бесплатно), который и ограничивал свободу инвалида. После того как полиция нашла мужчину, прикованного к духовке, за профессиональным мнением обратились к социальному работнику – женщине, знающей данную семью около 15 лет. Ее ответ был опубликован в той же статье:

В то утро отчим пришел в центр социальной работы и впервые согласился на помещение пасынка в учреждение закрытого типа. После его визита нам позвонили из полиции и сообщили, что мальчика приковали. Этот инцидент поразил меня жестокостью. Я знаю, что отчим часто оставлял мальчика с его бабушкой. Подобное поведение, конечно же, подлежит порицанию, но, при знании полного контекста ситуации, все кажется не столь ужасным. В известном смысле, отношения отчима и пасынка были функциональными: отчим ухаживал за пасынком, регулярно менял бинты на ногах. Я не верю, что он мучил его, так как пасынок никогда не испытывал по отношению к нему страха.

Социальный работник, как видим, отстаивает необходимость узаконить жестокость, и это можно наблюдать во многих сходных ситуациях, когда не-инвалидов просят отреагировать на случаи плохого обращения с инвалидами. Ответ, в котором социальный работник «порицает» поведение опекуна, но также призывает «учитывать контекст», создает устойчивую нормативность жестокого обращения с инвалидами. По словам социального работника, отчим находился в сложной ситуации, поскольку должен был ухаживать за юношей. Его опека не вписывалась в обычное для Словении гендерное разделение в сфере ухода за недееспособными, осуществляемого, в основном, женщинами, что, возможно, и сыграло важную роль в гендерно специфических представлениях социального работника. Факт того, что отчим ухаживал за мальчиком, по ее мнению, частично снимает с него ответственность за насилие. В то же время ответственность за раскрытие факта насилия была возложена на самого инвалида, который не показывал «достаточных» для социального работника симптомов того, что он регулярно подвергался жестокому обращению.

Отчим также выступил в свою защиту, заявив, что его пасынок был «трудным ребенком», который часто убегал из дому, потому отчиму пришлось его приковывать. Как и социальный работник, отчим предлагает рациональное объяснение и умаляет жестокость поведения, пытаясь

предложить некоторые «реальные» оправдания жестокости. Они жили одни с 1996 года с тех пор, когда его жена — мать мальчика — умерла. До ее смерти муж пообещал женщине ухаживать за мальчиком и не отдавать его в стандартные учреждения закрытого типа. Очевидно, что отец хотел выполнить обещание, но в то же время не был в состоянии его сдержать. Он сообщил, что не хотел отдавать сына в спецучреждение, как предлагали ему социальные работники. Его ответ также показал, что подобно другим опекунам в Словении, он не получал профессиональной поддержки со стороны служб социальной работы, и у него не было иного выбора, кроме того, как отдать пасынка в спецотделение психиатрической больницы.

Данные примеры аналогичны по структуре примерам, описанным у Оливера и Сэпи [Oliver, Sapey, 1999], показывающим, что в случае сексуального насилия в отношении инвалидов подобное поведение чаще всего оправдывается тем, что ребенок «трудный» или же «отягощает». Собси [Sobsey, 1994] указывает, что профессионалы часто используют понятие «зависимости и стресса» для объяснения высокой вероятности сексуального насилия в отношении детей-инвалидов в семье. Согласно данной модели, сексуальное насилие со стороны членов семьи-опекунов — следствие эмоциональной взаимозависимости или же стресса, вызываемого у неоплачиваемых опекунов финансовыми проблемами. В данной модели насилие рассматривается в качестве варианта облегчения постоянной стрессовой ситуации, в которой находятся неоплачиваемые опекуны.

Подобное рационалистическое обоснование насилия проецирует ответственность за жестокое обращение на самих инвалидов (он / она «трудный / -ая», следовательно провоцирует насилие) и способствует оправданию и прощению жестокости родителей и оплачиваемых опекунов. Это прощение взаимно: социальные работники часто вызывают к пониманию при раскрытии насилия в семье, а специалисты часто умаляют масштабы насилия в сфере ухода за инвалидами. Взаимная лояльность оплачиваемых и неоплачиваемых опекунов особенно очевидна в форме абсолютного «незнания» о фактах насилия. Оливер и Сэпи [Oliver, Sapey, 1998. Р. 88] делают акцент на том, что профессиональное «прощение» — способ снятия ответственности с себя и прочих оплачиваемых опекунов в случае ощущения вины за неспособность организовать приемлемую помощь инвалидам или предоставить адекватную поддержку неоплачиваемым опекунам.

В случае с пасынком, найденным прикованным к духовке в своем доме, жестокость, типичная для сферы социальной поддержки инвалидов, повторяется в сфере частной жизни. В случае, когда не предоставляются ни поддержка бесплатным опекунам, ни свобода независимого выбора жизненных условий инвалидами, жестокость в частной жизни нуж-

но понимать в качестве институционального, официально-нормативного отношения к недееспособным гражданам. Отказавшись от помещения пасынка в закрытое учреждение, отчим не получил профессиональной поддержки в уходе за инвалидом, что помогло бы избежать физического насилия.

Похожие случаи отношения опекунов к инвалидам наблюдаются повсеместно на территории Центральной и Восточной Европы. Неоплачиваемые опекуны, которые не хотят отдавать недееспособных родственников в приюты, психиатрические лечебницы и дома престарелых, остаются без профессиональной и материальной поддержки. Многим из них приходится оставлять работу и бороться с материальными лишениями. Государство поддерживает помещение инвалидов в лечебные учреждения, но не предоставляет им возможности иметь отдельное жилье, что позволило бы тем жить сообществами.

Это отражено во многих статьях, посвященных проблеме неоплачиваемой опеки родителей. В известном словенском журнале «Ребенок и семья» [*Otrok in družina*], 18.03.1999. Р. 7–8] опубликована история матери, которую убеждали отдать ее младшую дочь, страдающую психическим заболеванием, в крупную государственную психиатрическую больницу, размещенную в средневековом замке в сельской части Северной Словении:

Доктор из Мурска Собота пытается заставить меня отдать ее в психиатрическую лечебницу Храстовец. Мне было ужасно сложно принять подобное решение. Я решила никуда ее не отдавать, она же моя дочь... Год назад я уволилась с работы, чтобы постоянно быть с нею. Очень сложно прожить лишь на зарплату моего мужа.

Оба примера подтверждают то, что насилие в отношении инвалидов не только индивидуализировано, но и является частью нормативных государственных стратегий. В посткоммунистической институциональной системе социального обеспечения защита детей-инвалидов подразумевала пространственную изоляцию, что нарушало их право на обычную жизнь или получение индивидуального ухода в соответствии с их нуждами. В этом случае граждане с ограниченными возможностями рассматриваются не в качестве индивидов, но распределяются в группу «инвалидов» (*invalid*) — обычное наименование людей с ограниченными возможностями в Словении). На «инвалидов» проецируются такие негативные характеристики, как слабость, зависимость, ущербность. Таня Ламовец, известная активистка словенского движения в защиту людей с проблемами психического здоровья, описала тип, согласно которому группа конструируется в качестве «других»:

Характеристики данной группы становятся чем-то, чего нужно стыдиться. Нужно быть осторожным, чтобы не вести себя, «как цыган», не

разговаривать громко, не жестикулировать «как выходец с Балкан», и не говорить ерунды, «как полоумный» [Lamovec, 1999. P. 28].

Инвалидизирующее насилие

Согласно полицейской статистике, в Словении с населением 2 млн человек, за 1999 год было зафиксировано 17 случаев сексуального насилия в отношении людей с недостатками умственного развития. Люди с другими недугами (физическими, сенсорными и психическими) не выделены из общего числа жертв сексуального насилия. В распоряжении министерств, департаментов социальной работы и негосударственных организаций не существует ни локальных, ни общенациональных данных, из которых может быть почерпнута статистика сексуального насилия в отношении инвалидов. При первом пилотном опросе в данном поле исследований большинство социальных служб, занимающихся насилием и сексуальным насилием, ответило, что инвалиды не обращались в их организации и что их организации не имели доступа к данной группе¹. Исключение составила негосударственная организация V&Z, предоставляющая помощь жертвам насилия. Согласно отчету организации, в период с июля 1998 по май 1999 года, 104 человека с ограниченными возможностями обратилось в V&Z за помощью по факту домашнего насилия. К тому же в 1999 году две девочки с сенсорными расстройствами впервые обратились в Ассоциацию по борьбе с сексуальным насилием в Любляне, сообщив о факте сексуального домогательства со стороны профессиональных опекунов из специального учреждения, в котором проживали потерпевшие. С помощью Ассоциации отчет о факте преступления был передан в полицию, однако суд решил, что не было достаточных доказательств для возбуждения дела против преступника. Отрывочные, скудные данные статистики показывают, что профессиональные работники, родители и опекуны не достаточно осведомлены о сексуальном насилии над детьми. Отсутствие знаний и опыта, необходимых для обнаружения признаков насилия и реагирования на симптомы, выявленные у пострадавших, тоже влияет на то, как судебная система работает на практике.

В некоторых случаях, например, при травмах головы и мозга или переломах конечностей, физические и умственные расстройства становятся следствием примененного насилия. Расстройства подобного рода изучались Диком Собси [Sobsey, 1994], который раскрыл множество случаев того, как легкие умственные повреждения являлись результатом физического насилия. Он провел 27 исследований в США, Австралии,

¹ Исследование проведено Дамьяном Ягодичем в 2000–2001 годы из Государственного департамента по работе с инвалидами в Словении.

Канаде и Великобритании, подтвердивших связь между развитием умственных расстройств с опытом сексуального насилия, физических побоев или недостаточного внимания¹. Наиболее многочисленные случаи были выявлены в Великобритании в исследовании, проведенном в 1997 году, проект был связан с сексуальным просвещением детей-инвалидов и включал всех участников образовательного проекта. Исследование обнаружило высокую частоту сексуального насилия над детьми с умственными расстройствами [McCarthy, 2000]. Эти примеры показали сильную взаимосвязь насилия и инвалидности.

Постоянное сексуальное насилие над детьми в семье может спровоцировать физические, психические и умственные расстройства, а при их последующем помещении в закрытые учреждения они рискуют стать жертвами дальнейшего сексуального насилия и жестокости.

Валери Синасон [Sinason, 1992] провела одно из первых исследований, показавших, что многие умственные расстройства не имеют генетического характера, а являются следствием травмы, являющейся результатом сексуального насилия. В процессе своей психотерапевтической работы с детьми, страдающими психическими расстройствами, Синасон выяснила, что недостаток внимания и сексуальное насилие провоцируют умственные и физические нарушения у детей. Дети, ставшие жертвами сексуального насилия, часто воспринимаются как «трудные дети»: они слишком агрессивны или слишком спокойны, они уходят в свой собственный мир и не слишком заинтересованы тем, что происходит вокруг них, они становятся «глупыми», «бессловесными» и отличаются от других детей. Часто преступники запрещают детям-жертвам говорить о насилии, задавать вопросы и искать объяснения. Следствием этого оказывается негативное влияние на присущие детям любопытство и активность в иных сферах жизни. Таким образом, травматические события могут быть прямой причиной умственных расстройств детей, пострадавших от насилия. В этих случаях «слабоумие» ребенка – это ответная реакция по отношению к внешнему миру, символическое продолжение травматического события.

Необходимо упомянуть и тот факт, что в Словении детей с диагнозом легкой формы психического заболевания вдвое больше, чем детей страдающих, по определению специалистов, более тяжелым недугами.

¹ Собси также упоминает более ранние исследования, например, проведенные Э. Элмерм и Г. Греггом и обнаружившие, что в 1967 году в США из 50 детей, подвергшихся сексуальному насилию, 50 % составляли те, которых определяли как «слабоумных». Согласно другому исследованию, проведенному в 1970 году из 12 610 детей, подвергшихся сексуальному насилию в возрасте от 6 месяцев до 15 лет, 22 % проявляло признаки психических расстройств. Согласно исследованию, проведенному в Великобритании в 1977 году из выборки детей с умственной отсталостью, 22 % или 140 человек к 16 годам испытывали физическое (22 %) и / или сексуальное (11 %) насилия [Sobsey, 1994. P. 38.].

Каковы жизненные истории этих детей и как часто недуг становится следствием насилия и недостаточного внимания? Мы не знаем, поскольку в Центральной и Восточной Европе все еще преобладает медико-патологическая модель работы с социально незащищенными детьми.

Этнизация инвалидности

Многие исторические и культурологические исследования показывают, что взрослым людям с нестандартным телосложением или поведением, не соответствовавшим критерию нормальности, сформированному в первой половине XIX века, приписывали те же стереотипные характеристики, что обычно ассоциировались с детьми, женщинами, не-европеоидами: физическую и эмоциональную слабость, инфантильное поведение и моральную неустойчивость [Mitchel & Snyder, 1998; Thomson, 1996]. Дискурсивное слияние расистских и медицинских теорий (в языке и в культурных практиках) второй половины XIX столетия породило патологические образы калек, сумасшедших и дикарей, символически связанные с понятиями феминности и «иной расы». Глухие представляли в виде странных существ, близких к африканцам [Mirzoeff, 1995]. Визуальная культура «иной телесности» была представлена в шоу уродцев, публичных показах «человеческих дефектов», включавших в себя различные девиации — от физических увечий до темной кожи или «странно-звучащего голоса», всего, что не согласовывалось с новой бинарной гендерной структурой [Thomson, 1996]. В то же самое время научные исследования в области медицины стремились отыскать доказательства того, что люди определенной этнической принадлежности особенно подвержены развитию инвалидности. Например, на рубеже веков антисемитский дискурс был неотделим от медицинской патологизации. Известный невролог Ж.-М. Шарко не только задавал тон в формировании представлений о женской истерии, но также заявлял, что евреям в особенности присущи слабость и женственность натуры, а также постоянный риск сумасшествия и развития психических заболеваний [Gilman, 1993, 1998]. К 1890 году расистское убеждение о «дегенеративной сущности евреев» распространилось среди европейских медиков. Историческое наследие ненависти, предубеждения, социальной отверженности и морального превосходства европейцев сформировало образ евреев как ущербных существ, чье безумие грозило заразить большинство европейского населения. Этот образ особенно применялся в отношении евреев из Восточной Европы, бежавших от погромов и нищеты, и осевших в таких городах, как Вена, Триест и Лондон. Все эти примеры показывают, что идея культурного превосходства основывалась на медицинской диагностике, что было призвано заклеить, простран-

ственно обособить и символически осудить этническую группу, которой приписывались все пороки общества.

Сегодня сходные процессы этнизации и расовой аргументации инвалидности наблюдаются в патологизации и принудительном помещении в закрытые учреждения представителей народностей Рома и Синти¹, что характерно для восточноевропейских обществ, особенно для Румынии, Болгарии, Словакии и Чешской Республики.

В Словении дети Рома часто определяются как умственно отсталые и их отдают в спецшколы для детей с умственными расстройствами (*šola s prilagojenim programom*). Видно, что старые стереотипы о цыганах (такие как, например, представления об их дикости, лени и жестокости) постепенно заменяются новыми, затрагивающими проблемы морали и здоровья. Один из новых моральных стереотипов состоит в том, что родители-цыгане, особенно матери, недостаточно заботятся о своих детях, не отдавая их в школы. А плохие матери не могут привить детям нужные рабочие навыки, и те не могут усвоить моральные обязательства. Другое убеждение, связанное с проблемой здоровья, которого придерживаются социальные работники и учителя, состоит в том, что дети Рома умственно менее развиты, чем их сверстники – представители этнического большинства, потому им необходимо получать образование в меньших объемах. Восприятие культурного отличия заменяется дискурсом болезни и патологии.

Следствием подобных убеждений является то, что дети Рома часто получают диагноз средней степени умственной отсталости и направляются в спецшколы. В 1998/99 учебном году в начальные школы Словении поступило 1 067 детей Рома, из которых 149 человек (13,9 %) было отправлено в спецшколы для детей с умственными расстройствами [Zaviržek, 2001. P. 502, см.: Monitoring the EU Accession Process]. Общее число детей (Рома и остальных), учащихся в спецшколах в тот же период времени, составило 2 632 человека из 189 564 детей, обучающихся в начальных школах (статистика Министерства Образования Словении, 2001). Эти данные показывают, что из всего числа детей только 1,3 % посещают спецшколы, в то время как из общего числа детей Рома 13,9 % обучается в спецшколах. Процент детей – представителей этнических меньшинств, распределяемых в спецшколы, намного выше доли всех детей, обучающихся в спецшколах Словении. Подлинные данные скорее всего намного больше, поскольку высокий процент детей Рома попадает под категорию «словенцев», что отражает амбивалентность социальной политики универсализма и партикуляризма, с преобладанием универсализма. Социальные работники все еще воспринимают всех детей «равными», несмотря на их этническое происхождение, что затор-

¹ Цыганские народности Восточной Европы. – *Примеч. пер.*

маживает развитие программ социального обеспечения, ориентированных на этническую специфику и исторически сложившиеся социальные препятствия, формы дискриминации, с которыми сталкиваются дети — представители этнических меньшинств.

То же неравенство наблюдается повсеместно в Центральной и Восточной Европе, где дети Рома приблизительно в 10 раз чаще попадают под определение психически больных, чем дети других этносов. Например, в Болгарии существует приблизительно 130 спецшкол для детей с психическими заболеваниями, в которых находится более 19 тыс. учеников. Большинство из них — Рома, которых определяют душевнобольными в силу того, что директора спецшкол настроены на пополнение своих учреждений с целью сохранения финансирования, штата сотрудников и удовлетворения желания некоторых родителей, желающих «очистить школы от Рома» [Monitoring... 2001. P. 88–89]. В республике Чехия 75 % Рома получают начальное образование в спецшколах, в которой они составляют более 50 % всех учеников [Ibid. P. 136].

В данном случае культурные практики (национализм, социальная дискриминация, исторические предрассудки) влияют на то, кого определяют инвалидом, а кого нет. Инвалидность в этом случае — не медицинская категория, а культурная, категория «вины», объективная виновность и культурная практика дискриминации группы, которая, как считается, имеет символические и ценностные системы, отклоняющиеся от «нормальных», присущих дееспособным членам общества. Образ дикаря проникает в представление об этнической группе, чьи представители считаются более подверженными психическим заболеваниям.

Чрезмерное количество диагнозов слабоумия в отношении детей Рома затрагивает другой парадокс, а именно: минимальную вовлеченность Рома в систему здравоохранения в целом. Дети Рома не получают равного доступа к системе здравоохранения, но в то же время чрезмерно представлены в медицинской системе диагностики инвалидностей, определяющей их слабоумными [Monitoring... 2001]. В этом случае систематическое насилие скрывается под маской ухода и защиты.

Концептуальные заблуждения и наследие предрассудков

Даже в обществах, в которых дети ценятся в силу различных экономических и социальных причин, и насилие над детьми менее распространено, дети-инвалиды более уязвимы перед недостатком внимания и плохим обращением [Pugh, 1997]. Существует множество исследований, показывающих, что это более всего присуще европейским обществам, в которых сексуальное насилие является гендерно специфическим, а диагноз инвалидности имеет избыточную этническую и расовую подоплеку, как показано в примере с детьми Рома.

Среди инвалидов девочки более подвержены жестокому обращению, чем мальчики, и в случаях сообщения о факте насилия им доверяют менее, чем мальчикам. Согласно исследованию Мишель МакКарти [McCarthy 2000. Р. 146], в 32 % случаев насилия над женщинами с умственными расстройствами сообщение даже не воспринималось достаточно серьезно, чтобы быть переданным руководству, тогда как пропорция мужчин, сообщивших о факте насилия, составила 7 %. МакКарти говорит о «различных порогах доверия и вмешательства» в связи с установленными понятиями «нормальной гетеросексуальности». Как и в фильме «Небеспечный ездук», мужская сексуальность воспринимается более активной, чем женская. Женщины не воспринимаются в качестве независимых сексуальных существ, соответственно, они должны быть более толерантными по отношению к мужчинам, требующим от них секса.

И вновь стоит вспомнить «Небеспечный ездук», который подтверждает то, что женщины-инвалиды не имеют тех же прав, что и здоровые люди и мужчины-инвалиды, на сексуальные отношения. То же справедливо в отношении раскрытия фактов сексуального насилия. Как двойные стандарты в отношении права на сексуальность, так и общественное замалчивание, не разрешают им озвучить свои личные истории. Не существует общественных мест, в которых можно рассказать эти истории без риска того, что никто не захочет принять на себя свидетельство. Отсутствие внешних свидетелей, по Дори Лауб [Laub, 1992], препятствует жертвам свидетельствовать даже перед самим собой. Так, воспоминания остаются невысказанными 1. В некоторых Центрально- и Восточноевропейских странах, а также других частях света женщины становятся членами группы инвалидов лишь потому, что некоторые зарубежные спонсоры требуют их включения в данные группы. А когда в 1994 году в Триполи было организовано женское общество в рамках Ассоциации Инвалидов, брат одной из женщин сломал обе ее коляски, чтобы лишить ее возможности ходить на собрания. Что бы смогла сказать эта женщина, если бы у нее была возможность общаться с другими женщинами-инвалидами? [Abu-Nabib, 1997. Р. 77]. Принимая во внимание серьезное неравенство между полами, исследование в Словении особенно фокусируется на историях женщин, незафиксированных в государственной статистике, и потому недоступных общественному знанию.

Существуют четыре основных причины, почему ни феминистские социальные работники, ни профессионалы, работающие с различными проявлениями насилия в отношении женщин, не могли выявить подверженность женщин-инвалидов сексуальному насилию. Все четыре причины связаны с современным понятийным аппаратом, необходимым для понимания межличностного насилия и с долговременным историческим наследием предрассудков в отношении инвалидности.

1. Сексуализация насилия

Дебаты по поводу сексуального насилия долгое время проходили в рамках четко выраженной понятийной системы гендерных кодов. Считалось, что насилие происходит из-за активной сексуальности мужчин. Сексуальное насилие объяснялось как следствие фригидности и сопротивления сексу со стороны женщин или же социальной неспособностью одиноких мужчин найти сексуального партнера. Смежным по отношению к данным мнениям являлось убеждение в том, что у инвалидов, и особенно женщин-инвалидов, нет сексуальности и сексуальной жизни. Поскольку инвалиды не рассматривались в качестве сексуальных существ, то было широко распространено мнение о том, что они не могут быть объектами сексуального насилия. Чем более инвалидов воспринимали в качестве детей или инфантильных взрослых, тем крепче становилось убеждение, что сама инвалидность защищает их от сексуального насилия. Известная в Словении активистка Клаудия Поропат, являющаяся инвалидом-колясочником и одним из основателей негосударственной организации «Ассоциация теории и культуры инвалидности», пишет:

Несмотря ни на что, я по своему опыту могу заявить, что женщины с инвалидностью редко воспринимаются именно как женщины. Инвалидность очевидно ставится во главе угла, так что иногда желанно быть, ради разнообразия, не в роли лучшего друга или наперсника, но сексуального объекта кажется абсурдным, и любая образованная женщина сочтет это оскорбительным [Poropat, 1997. P. 103].

В случаях обратных стереотипов, согласно которым инвалиды чрезмерно проявляют свое сексуальное поведение, жертвы воспринимаются в качестве провокаторов сексуального насилия. Мери Кросс объясняет это убеждение следующим образом: «мы уже затронули классический стереотип, согласно которому люди с физическими и сенсорными расстройствами асексуальны, а люди с умственными ограничениями — монстры, помешанные на сексе...» [Cross, 1998. P. 81]. В данном случае инвалидность не защищает от насилия, но, наоборот, провоцирует его. Насилие не называется своим подлинным именем, но формулируется языком болезни и патологии.

2. Десекуализация насилия

С усилением влияния феминистских понятийных моделей дебаты по поводу сексуального насилия сместились в сторону идеи, согласно которой сексуальное насилие — лишь еще одна форма жестокого обращения, осуществляемая мужчинами для контролирования женщин. Параллельно с данной идеей в традиционном отношении к инвалидам преобладало убеждение в том, что инвалиды — слабые, невинные калеки, к которым никто не будет применять насилие. В контексте данного

подхода инвалидность снова воспринималась в качестве защиты от сексуального насилия. Проблема чрезвычайной уязвимости детей-инвалидов перед сексуальным насилием стала рассматриваться в русле защиты инвалидов детей и взрослых от насилия.

3. Насилие как соучастие

Другая распространенная идея в отношении сексуального насилия заключается в том, что событие насилия включает «две стороны», каждая из которых «играет особую роль» в «драме» сексуального насилия и несет ответственность за него. В противовес данному подходу сложилось представление о том, что инвалиды — пассивные, зависимые существа, которые не в состоянии быть задействованными в «драме насилия». Считалось, что если инвалиды не имеют сексуальности и активности или даже представления о сексе, то они не в состоянии разделить ответственность в сексуальном насилии. Их незнание мешает им быть активно вовлеченными в действие, требующее «двух акторов». Для большинства социальных работников в Словении, сексуальное насилие — все еще проблема индивидуального порядка, связанная одновременно с девиантностью и заболеванием преступника, и с «определенной степенью» девиантности и заболевания пассивной жертвы. Преобладают модели «разделения ответственности» и «патологической семьи» (сексуальное насилие выявляет патологию всех членов семьи).

4. Романтизация сексуальности

Еще одно распространенное убеждение, скрывающее высокий уровень сексуального насилия в отношении инвалидов, заключалось в том, что сексуальность и сексуальное преступление не имеют ничего общего. Сексуальность связана с любовью, невинностью, красотой, в то время как грязное, аморальное насилие исключалось из повседневной жизни. Оппонируя данному убеждению, многие исследователи показали, что насилие и сексуальность не только а priori не отделены друг от друга, но и довольно прочно связаны [Moore, 1994]¹.

В государственных учреждениях романтизация сексуальности инвалидов проявляется в случаях, когда институциональные отношения на-

¹ Крупная выставка «Сексуальные стратегии в западном искусстве», прошедшая в Лувре в 1999 году, показала тесную связь между жестокостью и западной сексуальной политикой. По словам куратора выставки, директора выставки в Лувре Р. Мишель, «в западном искусстве секс передается единственным словом — насилие, а точнее, изнасилование» [Nochlin and Solomon-Godeau, 2000. P. 93]. Визуальное искусство демонстрирует сексуальность и сексуальное желание, в основном проявленные в симптомах кастрации, фетишизма, всевозможных нарушений и насилия. С позиций гендерного подхода это более чем характерно в отношении женщин, что наиболее ярко подтверждалось экспонатами выставки сюрреалистского искусства в галерее Тэйт в 2001 году, на которой «свободные желания» манифестировались образами фрагментированных, искаженных, кукольно-подобных женских тел.

чинают рассматривать в качестве личных (между пациентами и оплачиваемыми опекунами), что оправдывает сексуальный акт. Это стирает насильственный аспект сексуального акта и скрывает факт того, что в сексуальности аккумулирован большой заряд энергии. Сексуальные акты как в публичной, так и в приватной сфере, неотделимы от проблемы контроля: человек, контролирующий пространство (дом, палаты инвалидов) также контролирует ежедневное существование инвалида (еду, распорядок, контакты и так далее). Сексуальное насилие, таким образом, выражает контроль пространства и тела инвалидов, что становится очевидным из показаний женщин-инвалидов. Из-за сильной романтизации сексуальности сексуальные отношения, являющиеся, в действительности, институциональными отношениями, не рассматриваются в качестве рационального инструмента и элемента административного аппарата закрытого или полужакрытого учреждения.

Когда критики, наконец, используют гендерный подход для понимания ежедневного существования женщин-инвалидов (что лучше всего делается самими феминистками как имеющими, так и не имеющими инвалидность), то первое, что они открывают — это существование длительной исторической памяти о дискриминации в отношении женщин-инвалидов, например: [Cross, 1998; Fawcett, 2000; Linton, 1998; Morris, 1991; Rommelspacher, 1999; and Wendell, 1996 among others]. Многие феминистские активистки-инвалиды указывают на то, что сама инвалидность усиливает дискриминацию в отношении женщин как на структурном, так и на повседневном, межличностном уровнях. Женщины-инвалиды сталкиваются с идеей идеального тела как части конструируемой женской идентичности. Женщины, решающие родить ребенка, сталкиваются с типичной гетеросексуальной матрицей, нераздельно связывающей женственность, гетеросексуальность, репродуктивность и материнство [Zaviržek, 1998]. Поскольку идея сексуальности тесно связывается с репродуктивностью, то предупреждение сексуальной активности также означает защиту от нежелательной беременности. Женщины с физическими нарушениями и сенсорными расстройствами вполне могут быть фертильными, но общество им запрещает рожать. Это наиболее распространенное предписание, которое дается опекунами и профессионалами, работающими с инвалидами. Даже если у женщины инвалидность не врожденная, а приобретена со временем, то большинство специалистов в Словении посоветует ей воздержаться от сексуальных отношений и не рожать.

Воспоминания ради других

Большинство инвалидов всю свою жизнь зависят от других детей (родителей, опекунов, персонала учреждений) и не способны прини-

мать независимые решения в своей жизни, что усиливает возможность насилия. Майя — взрослая женщина с проблемами интеллектуального развития, которая живет с родителями. Она вспоминает о перенесенной ей травме группового изнасилования.

У меня такая тяжелая жизнь, я несчастлива. Я знаю, каково это в 17 лет. Я была юной, и дело даже не в возрасте, а в чувстве. Ну, вы же меня понимаете... Мне было бы лучше быть в безопасности или быть с другом, чтобы чувствовать себя в безопасности. Я знаю, как тяжело жить так, когда ты выходишь на улицу, и кто-то вдруг хватает тебя и куда-то ведет... [рыдания] Я знаю это, у меня была такая жизнь, говорю Вам, если б кто-нибудь знал, как я страдала. Мне связали руки и ноги, двое мужчин привели меня в квартиру, где было темно. Они смазали мне губы, когда я... когда мы пришли туда. Я не знаю что это было, я не могла говорить [замолкает], потом они мне сказали, что это [пауза]. Одного из них поймали, но другого — нет. Но, говорю вам, потом стало еще хуже [замолкает], я не могу выходить одна... У меня была тяжелая жизнь, говорю Вам, моя жизнь паршива. Я знаю, каково это, когда какой-то мужчина хватается за тебя, тащит тебя в какое-то место, где они трогали меня, они сняли с меня футболку [замолкает]. Потому мои родители не разрешают мне выходить, и я просто счастлива приходить в замок ¹, они пускают меня туда, и я рада этому... Это так трудно для меня, я больше никогда не буду той, кем была, потому я чувствую, что... [пауза] нужно доверять кому-то, доверять, правда? Только, знаете, я теперь стала более молчаливая, ведь никто не чувствовал то, что чувствовала я [замолкает]. Да, потому я так молчалива, но это ничего — говорить об этом, верно?

Майя рассказывает об изнасиловании как о неожиданном, непредвиденном событии, о шоке, травматическом опыте. Она рассказывает о своем страхе, который является продолжительной реакцией на перенесенную травму и отражает ее отношение по отношению к миру («это так трудно для меня, я больше никогда не буду той, кем была»). Мир больше не будет прежним, таким, какой он был до травмы. То, что она пережила, дает ей особенное знание («я знаю, каково это»), что придает ей особенность («никто не чувствовал то, что чувствовала я»). Но знание также усиливает ее одиночество: если никто не переживал то, что пережила она, то она не может ни с кем поделиться своей историей (она говорит, что стала «более молчаливой»). Никто не может быть для нее «внешним свидетелем».

Рассказывая, Майя ободряет себя нормативными сообщениями («нужно доверять кому-то, правда?»; «потому я так молчалива, но это ничего — говорить об этом, верно?»). Она ищет подтверждения извне, что говорить о событии — правильно («это ничего говорить об этом, верно?»). Она говорит о молчании, формирующем ее нарратив («только

¹ Психиатрические интернаты нередко располагаются в Словении в помещениях средневековых замков. В этих учреждениях идет процесс деинституционализации — люди постепенно учатся жить самостоятельно. — *Примеч. ред.*

я теперь стала более молчаливая»). Ее нарратив, затрагивающий «глубокие воспоминания», иногда переключается на нормативное знание того, что «это ничего, рассказывать». Ей была необходима помощь в этом рассказе, в затрагивании пласта своих «глубоких воспоминаний».

В результате изнасилования Майя более зависима от своих родителей, не выпускающих ее из дома. Изнасилование повлияло не только на ее личное отношение к миру, но также на ее ограниченную социальную сеть. Одиночество — это цена, которую Майя должна заплатить за чувство защищенности от внешнего мира. В процессе рассказывания она открывала личные воспоминания внешнему миру, что стало моментом перехода воспоминаний в разряд открытого признания, политического акта осознания того, что она должна рассказать свою историю не только для воскрешения личных воспоминаний, но и для того, чтобы запомнили другие:

У меня была такая жизнь, так что они должны знать не только о том, что есть секс или насилие, но и то, что есть изнасилование. Просто я не хочу, чтобы это произошло с кем-нибудь еще.

Майя рассказала свою историю также и для того, «чтобы другие знали», в качестве предупреждения. Ее мучительные воспоминания становятся личным действием, способом конструирования позитивной идентичности, поскольку ее «знание» может помочь другим («я хочу, чтобы другие знали»). Наконец, она может что-то сделать и для других. Она пользуется возможностью вспомнить для вступления во взаимоотношения, для получения человеческого права, которое было у нее отнято в результате институционализации ее инвалидности: так как ее называли умственно отсталой, то она рассматривалась как «глупая», неспособная к взаимоотношениям. Она воспользовалась возможностью поделиться личным знанием, чтобы защитить других от подобного насилия.

Майя не только помнила событие, но также рассказала о продолжающейся травматической реакции, о телесной памяти, сделавшей ее неспособной различать секс и изнасилование. На рациональном уровне она определяет их как разные понятия, но на эмоциональном уровне они сливаются в одно чувство омерзения. Ее телесная память присутствует не только в случае сексуальности, но также в обществе, отнюдь не являющемся для нее безопасным пространством, но местом, где она может снова стать жертвой. Общественное пространство снова вызывает чувство страха, переносимое ей как проявление травмы, существующей в телесной памяти. Это становится очевидным, когда она рассказывает о своем парне, которого она воспринимает как защитника от насилия:

Потому мне нравится видеть его, чувствовать, что он рядом. Когда я куда-то иду с ним, я чувствую, что я в большей безопасности, так как мне все время кажется, что кто-то схватит меня [пауза]. Так как это

случилось, когда я гуляла, то у меня есть чувство, что те два человека снова схватят меня, и потому я не люблю ходить одна в темноте.

Воспоминания Майи сопутствуют ей на протяжении всей ее жизни, они сами стали жизнью.

Санкционирование памяти

Большинство людей, страдающих физическими нарушениями, расстройствами слуха и зрения, беззащитны от насилия, поскольку они не могут видеть или слышать преступника, не могут закричать или убежать. Некоторые люди с проблемами интеллектуального развития могут не осознавать, что с ними делают. К тому же, в большинстве случаев неплачиваемые опекуны и профессионалы не верят детям или взрослым, когда те сообщают о факте насилия или проявляют признаки «необычного» поведения, могущее являться следствием насилия. Большинство из них индивидуализируют ситуации (он «нестабилен», она может сочинить «историю», так как хочет интимных отношений и так далее), патологизируют их (ему или ей необходимо больше лекарств) или принимают педагогические меры (наказание, усиление контроля, распределение в другую гомогенную группу или другое здание). Большинство людей считает, что в госпиталях, школах, приютах и интернатах насилие происходит лишь в гомогенной среде (равных друг другу).

Большинство проведенных недавно исследований показало, что преступнику нравится чувствовать свою силу и власть над слабым; он выбирает людей, неспособных защитить себя [Mullender & Morley, 1994]. Исследование, проведенное Университетом Альберта в США, показало, что люди с тяжелой формой психических заболеваний подвергаются сексуальному насилию в большей степени, чем люди с более легкими формами заболеваний [Sobsey, 1994. P. 83]. Чем более значимая разница в статусе между здоровым человеком и инвалидом, тем более вероятно, что инвалид станет жертвой насилия со стороны не-инвалида. Пропась между социальными статусами двух людей усиливает вероятность насилия, соответственно, оно будет иметь меньше социальных последствий, а для преступника ожидается мягкое наказание.

В Словении многие люди с физическими, сенсорными и умственными нарушениями провели большую часть своего детства в различных институтах (госпиталях, реабилитационных центрах, спецучреждениях, спецшколах и интернатах), где они впитали в себя утверждение о том, что они – не «нормальные дети», более того, они – люди худшего сорта, «инвалиды». Женщин и девушек с различными заболеваниями называют «инвалидками». Их сущность сводят к увечному телу, контролируемому другими людьми. Некоторые из них пережили институциональное

насилие различного рода, сделавшее их более уязвимым по отношению к иным формам насилия.

Вероника, женщина с физическими нарушениями 20 с лишним лет, рассказала о сексуальном насилии, жертвой которого она становилась в реабилитационных центрах, на курсах физиотерапии.

У меня ужасный опыт общения с персоналом, предоставляющим оздоровительные водные процедуры. В первый год, после перенесения мной приступа рассеянного склероза, я проходила курс массажа и физиотерапии, проводимые мужским персоналом. Я ненавидела любые разговоры с ними, поскольку они использовали такие выражения, которые уже сами по себе являлись насилием. Они часто говорили мне: «У тебя никогда не будет парня, поскольку ты – не такая как все. Используй свой шанс сейчас, у тебя больше не будет другого!» Я терпела это, и решила через год пойти к кому-нибудь другому. И так, я сделала это на следующий год, потом еще через год, и обнаружила, что ничего не меняется уже четвертый год. Я решила больше не ходить на процедуры, несмотря на то, что все было оплачено [пауза]. Они хотели, чтобы я с ними спала. Было ужасно приходиться на процедуры, так как я местная и знаю, что они говорят обо мне за стенами реабилитационного центра. Я перестала общаться с местными жителями. Мне было стыдно [замолкает].

Постоянные словесные оскорбления сменились сексуальным насилием:

Сначала оскорбления были только словесными. Так как я могла двигаться, я проходила массаж в отеле. Поскольку я общительная и разговаривала с ними, они думали, что могут делать со мной все что захотят. Я могла выдержать одно неверное прикосновение, но затем они стали трогать меня, и меня это очень беспокоило. Сначала они массажировали меня нормально. Я хорошо знала, что прописанный мне массаж включал области ног, рук и спины. Но потом они перешли к моей груди. Хотя я не хотела этого, о чем я довольно четко заявила, все становилось хуже и хуже. Я не знаю, какова будет реакция управляющего, если я расскажу ему, я не знаю, как ему сказать. То же самое проходило с физиотерапией в Любляне. В процессе физиотерапии обрабатывается каждая группа мускулов: руки, ноги, но постепенно они перешли к тем частям тела, которые, как я чувствовала, не входили в предписанную процедуру. Я говорила им, что мне это не нравится. Но реакция была той же: «Ты всегда будешь такой, кто возьмет за тебя ответственность, кто захочет стать твоим парнем?»

Инвалидное тело – несобственный объект сексуальных действий, что не включает, в обязательном порядке, любого вида эмоциональную связь или согласие со стороны инвалида. К отношениям с инвалидом прилагаются иные правила, чем к отношениям со здоровым человеком. Тотальность инвалидной телесности лишает человека права на обычные интимные отношения («У тебя никогда не будет парня! Используй свой шанс сейчас, у тебя больше не будет другого!»).

Вербальное оскорбление влияет не только на отношения Вероники и персонала, но также и на ее социальную сеть, на ее существование в небольшом сообществе. Ее первая реакция на словесную брань и сексуальные домогательства — молчание, в надежде на то, что если следовать данной стратегии, то проблема исчезнет. Повторение унижений усиливало чувства страха и беспомощности, что заставило ее не только замолчать, но и оставить полагающийся ей по праву курс терапии. Общественное молчание делало ее беспомощнее и менее способной раскрыть факты насилия. Так как никто не был свидетелем, то она не могла стать свидетелем по отношению к самой себе, а ее воспоминания не стали частью общественного знания.

В рассказе оскорбитель Вероники позиционировал себя в качестве «ее последней возможности», того, кто даст ей шанс, которой ей больше никогда не представится. Здесь очевиден манипулятивный элемент ситуации насилия: насильник представляет свое действие в качестве ценного для жертвы-инвалида. Сексуальное насилие становится терапевтическим актом, нормализуется в результате медиализации.

Травматические события не только приводят к упорному молчанию, являющемуся способом рассказа о том, что не должно быть раскрыто и озвучено; они также могут быть причиной того, почему инвалиды часто говорят о своем желании физического исчезновения тела. Мириам, 37-летняя женщина с диагнозом психического заболевания, перенесшая опыт повторного изнасилования, рассказывает о своем желании исчезнуть из этого мира:

Знаете, это случилось со мной, когда я училась в начальной спецшколе. Он сказал мне: «Ты, сучка, почему бы тебе не дать мне, почему? Давай же!» И я ответила: «Вот она я, бери меня». Он так меня склонял к этому, что я сказала: «Вот она я, бери меня». Он принуждал меня... Я думала о самоубийстве, так это было тяжело для меня. Я хотела резать вены, но так, чтобы никто не узнал — ни отец, ни мать, никто в доме и никто из воспитателей. Я все время думала о том, что должна убить себя, и как это сделать, сделать так, чтобы никто не узнал. Как, как же мне исчезнуть, уйти из этого мира?

Рассказ показывает специфику развития ситуации насилия, в которую Мириам, не желая того, соглашается вступить после вербального оскорбления («сучка, почему бы тебе не дать мне, почему? Давай же!»). И хотя она дала согласие, занимаясь сексом, она не была свободна. Согласно традиционным для Словении представлениям о сексуальном насилии, подобный акт нельзя назвать изнасилованием. Следствием этого является то, что большинство жертв сексуального насилия сообщают о факте изнасилования, лишь когда они могут доказать «непроблематичную динамику» ситуации преступления, в которой они физически оказывали сопротивление. Согласие женщины на сексуальный акт так-

же связывается с социально конструируемыми образами женщины и женской сексуальности, в соответствии с которыми девушки и женщины часто соглашаются, поскольку им говорят, что это должно приниматься ими как должное и вызывать удовлетворение. МакКарти [McCarthy, 2000] показывает, что в сфере общественного здравоохранения женщины соглашаются на сексуальный акт для того, чтобы получить в ней какие-либо редкие привилегии или же, наоборот, не потерять их. Это давно было открыто в гендерно нейтральных исследованиях Гофмана, посвященных анализу тотальных институтов.

Желание Мириам «уйти из этого мира» можно понимать в связи с ее невольным согласием. Она не могла защитить себя, но она также не ожидала защиты извне. Многие исследования показали, что часто женщины, однажды ставшие жертвами сексуального или физического насилия, менее способны защитить себя в новых подобных ситуациях. В случае Мириам невольное согласие можно интерпретировать также как часть усвоенного поведения. Ее неспособность защитить себя и опыт того, что другие люди не защитили ее, вызвали желание уйти из мира, в котором она не чувствует безопасности. Это также желание избавиться от физического тела, пережившего столько боли. В то же время желание физического исчезновения – метафора преодоления травмированной памяти о событии. Желание того, чтобы никто не знал о ее суицидных мыслях, можно воспринять как действительный страх раскрытия плана или интерпретации ее фантазий в качестве симптомов душевного заболевания. Она опасалась большей патологизации произошедшего, того, что люди возложат ответственность за совершенное на нее саму. Страх того, что кто-то узнает о ее планах, можно воспринять в качестве метафоры стыда и вины за то, что с ней сделали. Ее надежда на то, что никто не узнает о том, что она хотела причинить себе вред, – это еще и надежда на то, что никто не узнает о том, что ей причинили вред другие. Рассказанная история показывает и то, что жизнь инвалидов лишена личного пространства и контролируется персоналом или родителями. Это жизнь, построенная на табу в отношении тела и сексуальности, что становится одной из причин частого возникновения фактов сексуального насилия в отношении инвалидов.

Сексуальное насилие как часть институционального воспитания

Как уже подчеркивалось выше, большинство инвалидов Словении проживают или с родителями, или в социальных учреждениях. Даже если они живут с родителями после окончания начальной или средней школы, многие из них проводят несколько лет в школах-интернатах для детей с умственными нарушениями. Большинство этих учреждений

расположены далеко от мест проживания инвалидов. В качестве пациентов они становятся жертвами пространственной дискриминации, особенно когда их отсылают в другую часть страны. Один из парадоксов данных учреждений состоит в том, что они декларируются как места защиты, но чаще на деле они предстают местами, где царит насилие [Stanley, Manthorpe & Penhale, 1999]. Наиболее ранимые индивиды чаще всего помещаются в закрытые учреждения и, как следствие, становятся более уязвимыми перед сексуальным насилием. Социальные учреждения остаются сегрегированными местами, в которых никто не хочет быть свидетелем. В то же время эти учреждения идеализируются основными источниками общественного знания (масс-медиа, экспертами, родственниками). Это места, в которых, как однажды сказал Пол Селан, «никто не свидетельствует за свидетелей». Характеристики сексуального насилия в учреждениях следующие:

1) Социальные учреждения – места, в которых нет личного пространства, соответственно, сексуальное насилие часто проходит в общих комнатах: спортзалах, столовых, комнатах для курения, кабинетах. Общие места трансформируют институциональные отношения в личные, конструируя ложное представление о том, что насилие совершается непреднамеренно и неожиданно, что усиливает бессознательную необходимость нормализовывать насилие, воспринимая его лишь как «ошибку». Отношения, построенные на насилии, воспринимают как романтический опыт. 17-летняя Сандра стала жертвой сексуального домогательства со стороны одного из учителей школы-интерната, в которой ее определили для окончания средней школы:

Это произошло в выходные, когда нам разрешалось дольше смотреть телевизор. Телевизор был в столовой, в которой было всегда много пациентов. Я сидела на диване, в столовой было уже довольно много знакомых. Он сел близко ко мне и во время фильма неожиданно положил руку на мою ногу. Сначала я не реагировала. У меня было странное ощущение, но я подумала: «что из этого». Затем его рука поднималась все выше и выше, и я взяла – и отвела руку от себя. Я подумала, он пьян. Он снова попытался положить мне руку на ногу. Я крепко взяла ее и сжала, чтобы он не мог ей двигать. После фильма он пошел со мною в комнату и сказал, что я не должна об этом никому рассказывать. Я пообещала не говорить.

– Что ты чувствовала?

– Я хотела запереть дверь, так как он несколько раз приходил смотреть на меня. У меня нет ключа от комнаты, и я не могу запираяться, а у всех воспитателей есть ключи. У них у всех есть доступ к нашим комнатам.

Эта история документирует неожиданное нарушение границ работником персонала школы-интерната для девочек с сенсорными нарушениями. Персонал контролирует физическое пространство учеников так же, как и их тела. Девочка не отреагировала сразу, так как действие

произошло в присутствии других учеников, было неожиданным и исходило от сотрудника, хорошо знакомого пострадавшей. Неожиданный переход от институциональных отношений к личным вызвал оцепенение девушки. Она пыталась культурно оправдать и десексуализировать поведение воспитателя влиянием алкоголя («Я подумала, он пьян»). Лишь позднее, когда воспитатель попросил ее молчать об инциденте, она испугалась и определила событие как сексуальное домогательство.

Как известно, опыт людей, пострадавших от знакомых им людей в известном для них местах, более травматичен, чем опыт людей, пострадавших от незнакомых людей в незнакомых местах. Большинство женщин, изнасилованных знакомыми им людьми в знакомой обстановке (дома, на кухне, в квартире друга) в неожиданное время (рано утром, на рассвете), перенесли более тяжелую эмоциональную травму, чем женщины, изнасилованные незнакомцами ночью, в незнакомом месте. Травматичность опыта определяется тем, насколько событие связано с местом, в котором жертва ощущает себя в безопасности, и людьми, которых она хорошо знает. Кроме того, это выявляет историческую и социальную установку женщин на то, что изнасилование может произойти только в незнакомом месте и в темноте. Опыт изнасилования более травматичен в случае, если насилие осуществляется человеком, пользующимся профессиональным уважением и ответственным за защиту пациента. Сексуальное насилие в учреждениях не только происходит в знакомом для жертв месте во время отдыха, но и осуществляется знакомыми людьми. Все это усиливает травматичность опыта и способствует замалчиванию.

2) Сексуальное насилие в учреждениях — это зачастую коллективное событие, о котором знает более одного человека (другие пациенты и персонал), что не столь типично для насилия дома или в незнакомом месте. Девочка, пережившая изнасилование в одной из школ-интернатов для детей с сенсорными нарушениями, рассказывает следующее:

Все всегда знали, что именно тот учитель приставал к девочкам, так как проработал в школе 12 лет. Наконец, женщина-учитель сказала ему о том, что ему придется уйти из школы, иначе она на него заявит. У него была ферма, и он планировал проводить каникулы на ферме. Он сказал, что ему все равно. Учительница пригрозила ему: «Я заявлю на вас, так что вам лучше уйти». И он ушел.

В большинстве случаев персонал (весь или большая его часть) знает о фактах насилия, как и администрация учреждения. Они всячески пытаются скрыть эти факты, поскольку они могут дискретировать репутацию учреждения. Сохранность репутации учреждения становится более важной, чем защита прав и безопасности его пациентов.

3) Сексуальное насилие в учреждениях ассоциируется с дисциплинированием и устрашением пациентов. Оно — часть институционального воспитания: поведение персонала прямо или опосредованно транслиру-

ет то, что пациентов не ценят, что они должны быть как можно менее требовательными и что у них нет выбора. Сексуальное насилие нередко связано и с иными формами институциональной воспитательной стратегии. Лени вспоминает об отношении персонала к ее телу:

Когда я пожаловалась родителям, и моя мать защищала меня перед персоналами, то стало только хуже. Они угрожали мне. Одна медсестра специально каждую ночь ту же затягивала ремни на моем теле, так, что у меня все болело. Другой большой проблемой ночью было переворачиваться на другой бок, так как в то время я не могла переворачиваться сама. Если я звала их, чтобы они перевернули меня, то они кричали на меня. Я никогда не понимала, почему они так злились, когда должны были меня перевернуть. Иногда, когда я крепко засыпала, то они поворачивали и будили меня, потому что было время. Мы были абсолютно зависимы от их воли.

Здесь налицо воспитательный аспект учреждения. Мучения Лени вызваны амбивалентными сообщениями по отношению к ней как к ребенку-инвалиду: с одной стороны, интернат для детей-инвалидов должен стать ее новым домом, но, с другой стороны, это место контроля и воспитания ее тела. Персонал, контролирующий пространство (имеющий ключи от комнат и душа, контролирующий уединенность пациентов и тому подобное), также подчиняет тела пациентов административной власти учреждения. Таким образом, в отношении специальных учреждений мы наблюдаем парадокс. С точки зрения базового нарратива документальной истории, эти учреждения предназначены для лечения и ухода. Социально сформированная амнезия скрывает факт того, что учреждения также причиняют боль и возводят невидимые стены, становятся клеткой для инвалидов. Персонал напуган инвалидными, зависимыми телами их пациентов, и потому они подвергают их унижению. Плохое обращение и институциональный произвол — это тоже следствия того, что исторически инвалидные тела замалчивались как нестандартные, не имеющие права на законные формы самозащиты.

Это очевидно из воспоминаний Лени о своем опыте переживании смерти близкой подруги в интернате:

Когда мне был год, мне поставили диагноз, и доктор сказал моей матери, что я проживу не больше 16 лет. Но я все еще жива. Те же предсказания я слышала в учреждениях все время, от разных докторов. Однажды, когда я болела, я увидела во взгляде медсестры, что она думает — мое время вышло. Когда мне было 12, одна моя хорошая подруга в учреждении умерла. Персонал сказал: случилось то, что должно было случиться. Такое отношение шокировало меня. Это звучало как «не удивительно, если кто-то с таким диагнозом умирает». Я чувствовала себя ужасно. Я не могла воспринимать ее смерть как должное. Я сказала себе: «Вы не сделаете этого со мной. Я не позволю вам предсказывать, когда я должна умереть».

Лени испугала нарочитая обыденность смерти. Для нее потеря подруги стала чем-то ужасным и уникальным, она пережила бессмысленность смерти. Однако, для персонала смерть имеет значение, лишь подтверждая их ожидания и упрочивая их понятие о том, что это «нормально» для инвалидного тела, тела, тесно связанного со смертью. Данные типы институционального воспитания служат для умаления чувства собственного достоинства, вызывают чувство неуверенности и отсутствие личной независимости. Это отличительные характеристики детей, более всего расположенных стать жертвами сексуального насилия.

4) Сексуальное насилие в учреждениях часто связано с обретением редких финансовых и / или символических привилегий: более высокого статуса среди пациентов, защиты человека, от которого невольно или добровольно зависит пациент, платы за секс; таких институциональных привилегий, как сигареты, кофе и сладости. Формирование специфического поведения, помогающего пациентам выживать в условиях режима учреждений, усложняет определение того, что является сексуальным насилием, а что нет (в случаях, когда жертва не сообщает о фактах насилия) Это сложно не только для кого-либо извне, но и для самих жертв. Мишель МакКарти [McCarthy, 2000] указывает на то, что многие женщины находятся под постоянным давлением со стороны мужчин-сверстников, желающих сексуального контакта с ними. Женщины принимают это по нескольким причинам: для того, чтобы прекратить давление, избавиться от страха перед изнасилованием, предотвратить разрыв соотношений с мужчиной, работником персонала или опекуном. Исследование показывает, что для женщин согласие на секс против желания нужно рассматривать как средство, с помощью которого они пытаются сделать свое существование в рамках закрытого учреждения сносным, насколько это возможно. В то же время налицо вредоносный аспект институциональной жизни. Практики, включающие сексуальные отношения в качестве формы финансового и символического обмена, имеют гендерную специфику: мужчины чаще выступают инициаторами такого обмена, а женщины – реципиентной стороной. Сандра размышляет над своим собственным опытом и опытом ее подруг, что в меньшей степени раскрывает сексуальный обмен из-за эмоциональной скованности, и в большей – манеру того, как легко можно спутать институциональные отношения с личными:

Детям и ученикам нравилось быть вместе с учителями, так как мы были далеко от родителей. Проблема в том, уважает ли учитель желание ученика быть вместе или нарушает его. После того вечера учитель подошел ко мне и сказал: «Сандра, того, что произошло вчера, не было. Если у меня есть корова, и она умирает, то я ничего не предпринимаю. Я просто веду себя, будто ничего не произошло».

Пациенты, которым не хватает личных отношений и которым чрезвычайно необходима близость с взрослыми, часто воспринимают тера-

педгически-институциональные отношения в качестве личных. В памяти Сандры запечатлено, как «дружелюбный», «сопереживающий» учитель пытается минимизировать факт сексуального домогательства и реабилитировать собственную институциональную власть, контролируя воспоминания пациентки. Его статус в учреждении дает право сфабриковать то, что происходило, замалчивая реальные факты. Отсутствие свободы воспоминаний означает отсутствие свободы воссоздания события и его трансляции из личной памяти в общественное знание.

5) Сексуальное насилие в учреждениях часто проявляется в косвенных формах или формах неконтактного насилия, таких как демонстрация порнографии, непристойные разговоры, эксгибиционизм и вербальное оскорбление сексуального характера. Девушка с сенсорными нарушениями, живущая в интернате, рассказывает следующее:

Когда у нас были уроки в лингафонном классе, то он говорил по связи всякие непристойности и истории сексуального характера. Он также часто показывал нам порнографические журналы.

6) В некоторых случаях персонал, узнав об изнасиловании пациентки с умственными расстройствами, организует контрацептивное лечение (с помощью личных отношений с медиками в Словении и за ее пределами) Обычно они спрашивают разрешения у родителей о предписании противозачаточных таблеток девушкам, подверженных риску изнасилования (личные взаимоотношения с родителями). В некоторых случаях они запирают спальни пациенток-девушек, чтобы защитить «девочек» от «мальчиков».

Так, когда стал известен факт изнасилования женщины в возрасте около 20 лет с серьезными умственными нарушениями, персонал предоставил женщине контрацептивы с целью недопущения беременности. Женщина была изнасилована в защищенном приюте мужчиной с легкими умственными нарушениями из одной с ней группы пациентов. Женщина и ее насильник находились в одной группе, однако, персонал не разговаривал ни с кем из них по поводу многочисленных актов насилия, свидетелями которых они являлись. Через три года, в ноябре 2001 года, когда женщина, наконец, сообщила одному из родственников о постоянном сексуальном насилии со стороны того мужчины, ее родители обратились за помощью к независимому адвокату. После совместной встречи родителей, адвоката и администрации учреждения, члены персонала пообещали перевести женщину в другую группу и поговорить с насильником о его поведении.

7) Преступники, работающие в сфере ухода за инвалидами, редко совершают единичный акт насилия, которое обычно приобретает характер хронического. В случае, когда насилие со стороны сотрудника раскрывается, преступник, как правило, уходит с работы, переходя в другое

учреждение. В силу низкой информированности персонала в Словении и необходимости скрывать факты насилия в их собственных учреждениях, никто не задается вопросом о том, почему некоторые сотрудники мужского пола неоднократно переходят из одного учреждения в другое. Примером может служить один учитель, который сначала работал в обычной школе, затем добровольно уволился, чтобы работать в приюте для умственно отсталых детей, затем снова сменил место, начав работать с девочками, страдающими сенсорными заболеваниями. Одна из девочек вспоминает следующее:

Я помню, как он делал массаж одной из девочек, приходя в ее комнату. Однажды, в воскресенье она не вернулась в свою спальню, так как подошло ее время, а она знала, что он будет работать по ночам. Она боялась, что он захочет переспать с ней. Все девочки прошли через одно и то же, и другие поколения девочек тоже. Все знали о нем, но он ушел только сейчас, когда ему пригрозили. <...> Он работал здесь 12 лет, и так как ему нужны были дополнительные часы, то он также работал по ночам. Официальной причиной его увольнения была названа «некорректность поведения на работе». <...> В моем случае, все началось, когда он работал в ночную смену, так как у него было слишком мало дневных рабочих часов. Он пришел ко мне в комнату, сел на кровать в то время, когда я лежала на ней. Он протянул ко мне руки и стал их двигать к моей груди. Я оттолкнула его, и он остановился.

История Тани идентична истории приведенной выше: молодая женщина с умственными нарушениями обвинила в изнасиловании своего отца, но лишь несколько лет спустя, когда событие повторилось. Когда ей было 14 лет, социальная служба поместила ее в приемную семью, в которой она прожила до 18 лет, затем она снова вернулась домой:

Когда я вернулась домой, отец снова меня изнасиловал <...> Дома, в гостиной, я была одна. Затем я пошла в социальную службу. В прошлом году я поступила, в... не помню, как его название, это что-то вроде госпиталя.

– Ты имеешь в виду Полье ¹?

– Да.

– Кому ты сообщила об этом во второй раз?

– Тоже социальному работнику.

– Она тебе поверила?

– Да. Потому я попала в интернат. Я здесь только временно. Вы же видите, я не такая, как они. Мне некуда идти, потому я здесь.

– Как долго ты здесь?

– Два года, но теперь, я переезжаю в групповой дом ², как только его откроют.

¹ Крупный психиатрический интернат в Словении.

² *Group home* – место проживания инвалидов небольшими группами, обычно по 6–8 человек, при этом небольшое количество персонала присутствует или иногда навещает группу в зависимости от способности проживающих к самообслуживанию.

- Ты рада переехать туда?
- Да, я смогу чаще ходить на вечеринки.

Свидетельство Тани показывает, что обычно преступник не останавливается на одном акте изнасилования. Обычная в Словении институциональная практика реагирования на домашнее сексуальное насилие — помещение в специальное учреждение или в приемную семью, из которой жертвы насилия часто переводятся в учреждение. Таню принудили полностью сменить окружение, так как насильник лишил ее права преемственности жизненной среды, одного из основных детских прав [Hessle, 1998]. Ввиду неспособности специалистов распознать повторяющийся характер насилия и принять во внимание уязвимость Тани как человека с умственными нарушениями девушку отправили домой, где она подверглась насилию снова.

8) Сексуальное насилие часто происходит в приемных семьях, чаще всего описываемых как «идеальные семьи», где ребенок находит любовь и защиту. В реальности, приемные семьи в Словении — это наполовину официальные учреждения, в которые попадают дети до их распределения в приюты. Маша вспоминает свой опыт изнасилования в приемной семье, в которой она прожила 14 лет:

В тот вечер я сначала приняла душ, так как мне нужно было идти в школу на следующий день. Я вышла из ванной, уже в пижаме, пошла к себе в комнату и легла спать. Весь день мне казалось, что что-то случится, что-то происходит с этим человеком, но я не могла знать, что должно произойти, и если бы я знала, то убежала бы из дома, пошла бы к соседям и рассказала бы, что со мной что-то случится. Но я не знала, что это будет [пауза]. Я зашла в свою комнату, я лежала в кровати, накрывшись одеялом, и тут зашел он. У него была жена, но она умерла от рака желудка. Ее оперировали, но ничего не помогло, они ее просто зашили, и она умерла. А на следующий день он изнасиловал меня. Наверное, он думал, что я... что, если все могут, то и он тоже может... Я сказала ему, у тебя нет права так со мной поступать, я сказала, ты старше меня, тебе — 56, мне — 15. Я сказала, стыдно домогаться малолетних, зная, что ты не имеешь права, и что мне это не нравится. Я сказала, оставь меня. Я сказала, я убираюсь в твоём доме, все чищу, стираю твою одежду, чищу обувь, а ты так со мной обращаешься. Мне это не нравится, и то, что ты со мной делаешь — неправильно.

Женщина-инвалид — объект сексуального наслаждения, тело и нетело одновременно; ее унижают, так как часто считают, что инвалиды ничего не чувствуют, потому для них нормально переносить насилие. После раскрытия факта изнасилования Маша побывала в двух различных приемных семьях, до того, как ее поместили в специальное учреждение для инвалидов. Это — очевидное овеществление, коммодификация инвалидов, когда после перенесенного насилия они становятся «социальным случаем», и их перебрасывают из учреждения в учреждение.

* * *

Одна из структурных опасностей раскрытия сексуального насилия в сфере ухода за инвалидами заключается в том, что насилие индивидуализируется и сокращается до проблемы «частных патологий». Чаще всего, ответственность переносится на личность, а не на существующие образы и практики инвалидности, и не на дискриминирующую суть государственной системы ухода за инвалидами, систематизирующей насилие в отношении пациентов. Еще одна из характеристик патологизации инвалидов воплощается в идее о том, что насилие осуществляется в большинстве случаев в среде самих инвалидов.

Акцент лишь на сексуальном насилии, осуществляемом самими инвалидами, означает то, что специалистам не нужно следить за собственными практиками, и что они могут легко проецировать свое негативное отношение на инвалидов, которые, в свою очередь, оказываются виновными во всем, что происходит с ними как в личной, так и в институциональной жизни. Сексуальное насилие в среде инвалидов, находящихся в учреждениях, является гендерно-моделируемым поведением, умножающим сексуальные преступления управления учреждений. Между тем это скрывается за патологизацией сексуальной жизни инвалидов. В случаях, описанных выше, когда инвалидов определяют в качестве асексуальных существ, тел без чувств, насильники освобождаются от вины, и легко могут отрицать обвинения в совершении «неправдоподобного». В случаях же, когда инвалидов рассматривают в качестве провокаторов сексуального поведения, сексуальное насилие оправдывается романтизацией институциональных отношений. Сексуальный контакт маскируется и представляется в качестве личных отношений (например, желание пациента быть ближе к опекуну; отцовское отношение опекуна к пациенту), а не части институционального аппарата власти, активно использующего секс для конструирования властных отношений между пациентами и персоналом.

Даже в ситуациях, когда движение инвалидов публично демонстрирует свою силу и активность, их сила рассматривается в качестве угрозы общественности. Это было отлично видно на фотографии группы активистов движения инвалидов, вышедших в мае 2000 года на митинг протеста перед зданием парламента Словении, с требованием равных гражданских прав. На фотографии запечатлена смешанная группа из инвалидов на колясках и полицейских, что показывает, как полиция охраняет государство и общественность от опасности, представляемой инвалидами, оставленными без контроля. Люди со всевозможными нарушениями парадоксально рассматриваются в двух ипостасях: либо как бессильные, асексуальные, несчастные существа, для которых государственные учреждения – лучшие места ухода и защиты; либо как сексуально агрессивные и ответственные за дискомфорт здоровых людей,

персонала и опекунов, а также за собственный опыт жестокого обращения и сексуального насилия.

Список литературы

Abu-Habib L. Gender and Disability. Women's Experiences in the Middle East. Oxford: Oxfam Press, 1997.

Brown H., Craft A. Thinking the unthinkable. Papers on Sexual Abuse and People with Learning Difficulties. L.: FPA Education Unit, 1989

Committee on the Rehabilitation and Integration of People with Disabilities, Safeguarding Adults and Children with Disabilities against Abuse. Written by Hilary Brown (draft version). Council of Europe, 2001.

Cross M., Proud C. Safer Child. A Handbook for Parents and Carers of Disabled Children. L.: The Women's Press, 1998.

Fawcett B. Feminist Perspectives on Disability. Harlow: Prentice Hall, 2000.

Fine M., Asch A. Women with Disabilities. Philadelphia: Temple University Press, 1988.

Gilman S. L. Freud, Race and Gender. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1993.

Gilman S. L. Love + Marriage = Death. And Other Essays on Representing Difference, Stanford: Stanford University Press, 1998.

Hessle S. Child Welfare and Child Protection on the Eve of the 21st Century. What the 20th Century Has Taught Us. Stockholm: Stockholm University, Dept. of Social Work, 1998.

Lamovec T. Kako misliti drugacnost (Thinking Difference). Ljubljana: V?SD, 1999.

Laub D. An Event Without a Witness: Truth, Testimony and Survival // S. Felman, D. Laub (eds). Testimony. N. Y.: Routledge, 1992.

Linton S. Claiming Disability, Knowledge and Identity. N. Y.: New York University Press, 1998.

McCarthy M. Consent, abuse and choices: Women with intellectual disabilities and sexuality // R. Traustadóttir, K. Johnson (eds). Women with Intellectual Disabilities. Finding a Place in the World. L.; Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2000.

Morris J. Pride Against Prejudice. Transforming Attitudes to Disability. Philadelphia: New Society Publication, 1991.

Morris J. Disabled Lives: Many Voices, One Message. L.: BBC Education, 1992.

Mirzoeff N. Silent Poetry. Deafness, Sign, and Visual Culture in Modern France. New Jersey: Princeton University Press, 1995.

Mitchel D. T., Snyder S. L. (eds). The Body and Physical Difference. Discourses on Disability. Ann Arbor: University of Michigan Press, 1998.

Monitoring the EU Accession process: Minority protection 2001. Open Society Institute, EU Accession Monitoring program. Budapest, 2001.

Moore H. The Problem of Explaining Violence in the Social Sciences // P. Harvey, P. Gow (eds). Sex and Violence. L.: Routledge, 1994.

Mullender A., Morley R. Children Living with Domestic Violence. Putting Men's Abuse of Women on the Child Care Agenda. L.: Whiting & Birch, 1994.

- Nochlin L., Solomon-Godeau A.* Sins of the Fathers // *Art in America*. 2000. December. P. 92–102.
- Oliver M., Sapey B.* *Social Work with Disabled People*. L.: Macmillan, 1999.
- Poropat K.* Hendikep in vrednost (Disability as a value). *Awol, Časopis za socialne študije // Awol, Journal of Social Studies*. 1997. № 3. P. 27–31.
- Pugh R.* Considering social difference // J. Bates, R. Pugh, N. Thompson (eds). *Protecting Children: Challenges and Change*. Aldershot: Arena, 1997.
- Rommelspacher B.* (Ed.). *Behindertenfeindlichkeiten. Ausgrenzungen und Vereinnahmungen*. Goettingen: Lamuv, 1999.
- Sobsey D.* *Violence and Abuse in the Lives of People with Disabilities. The End of Silent Acceptance?* Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 1994.
- Sinason V.* *Mental Handicap and the Human Condition. New Approaches from the Tavistock*. L.: Free Association Books, 1992.
- Stanley N., Manthorpe J., Penhale P.* (eds). *Institutional Abuse. Perspectives across the life course*. L.: Routledge, 1999.
- Thomson R. G.* (Ed.). *Freakery. Cultural Spectacles of the Extraordinary Body*. N. Y.: New York University Press, 1996.
- Zaviržek D.* Disability as Gendered Taboo // E. Fernandez, K. Heycox, L. Hughes, M. Wilkinson (eds). *Women Participating in Global Change*. Australia, University of New South Wales, 1998.
- Zaviržek D.* Die stummen Wunden sozialer Verletzungen – Behinderung und symbolische Ordnung in unterschiedlichen Kulturen // B. Rommelspacher (Ed.). *Behindertenfeindlichkeiten. Ausgrenzungen und Vereinnahmungen*. Goettingen: Lamuv, 1999.
- Zaviržek D.* *Lost in Public Care: The Ethnic Rights of the Ethnic Minority Children* // L. Dominelli, W. Lorenz, H. Soydan (eds). *Beyond Racial Divides. Ethnicities in Social Work Practice*. Aldershot: Ashgate, 2001.
- Wendell S.* *Rejected Body. Feminist Philosophical Reflections on Disability*. L.: Routledge, 1996.

Дарья Завиржек
PhD, профессор, Школа социальной работы
Университет Любляны, Словения
электронная почта: Darja.zavirsek@guest.arnes.si;
Darja.zavirsek@uni-lj.si
(Пер. с англ. Я. Кирсанова)
