

Содержание

Благодарности	15
Вступление	19
Как появилась данная книга	19
Фрагментация и внутренняя борьба	23
Цена самоотчуждения: ложное “я”	24
Травматическая привязанность как осложнение в терапии травмы	25
Ощущение себя увязшим: связанные с травмой внутренние конфликты	26
Как организована эта книга	28
Ждем ваших отзывов	44
Глава 1. Нейробиологические последствия травмы. Как она расщепляет нашу личность	45
“Живое наследие” прошлого	46
Параллельные жизни: отказ от диссоциации	49
Фрагментация под воздействием стресса: эксплуатация линий разлома	50
Как распознать признаки структурно диссоциированных частей личности	55
Симптомы как коммуникация между частями	57
Признаки внутреннего расщепления	57
История лечения	58
Соматические симптомы	58
“Регрессивное” поведение или мышление	59
Шаблоны нерешительности или самосаботажа	59
Симптомы проблем с памятью	60
Паттерны саморазрушительного и аддиктивного поведения	60
Как помочь клиентам и их частям “быть здесь” в данный момент	63

Глава 2. Понимание фрагментов личности и травматических реакций	65
Незванные воспоминания	69
“Вспоминание” поступков и событий	70
Как жить “сейчас”, а не “тогда”	73
Глава 3. Клиент и терапевт меняются ролями	75
Работа с нейробиологическими последствиями травмы	77
Подход “нескольких сознаний”	78
Патогенные зерна воспоминаний	79
Признание прошлого без его изучения	82
Иной подход к травматической памяти	83
Иной тип свидетеля	83
Отличие прошлого от настоящего	84
Как выносить внимание к себе “свидетеля”	86
Терапевт как “дополнительная кора” и учитель	87
Изобретательная адаптация к аномальному опыту	92
Новая роль для терапевта: нейробиологический регулятор	93
Терапевт как руководитель, наставник и задающий темп	99
Тело как разделенное целое	100
Изменяющаяся роль терапевта	103
Прорабатывание опыта, а не событий	103
Глава 4. Как рассмотреть свои “я”: вступление к работе с фрагментами личности	105
Цена адаптации	108
“Знакомство с тобой”	112
Развитие любопытства: кто “я”?	114
Осознанное внимание к внутреннему ландшафту	115
Внутренняя борьба за выживание	117
Принятие своих “я”	119

Глава 5. Как подружиться с фрагментами своей личности: сеем семена сострадания	121
Возвращение потерянных фрагментов личности	121
Роль осознанности: как “подружиться” с собой	122
С чьей точки зрения мы должны наблюдать	123
Разница между наблюдением и приписыванием смысла	126
Слияние, переход и смена частей личности	127
Культивация эмпатии	130
Как “видеть части личности”: наружная осознанность	131
Слияние и проверка реальности	138
Слияние поддерживает “жизнь” травмы	139
Умение отделяться	139
Проявление гостеприимства	145
Гостеприимство к потерянным душам и травмированным детям	146
Формирование связи с мудрым сострадательным взрослым	149
Восприятие ресурсов компетентного взрослого	151
Принятие своих личностей	153
Глава 6. Сложности терапии: травматическая привязанность	155
“Недостающий опыт” надежной привязанности	155
Привычки в отношениях: способ “вспомнить” детскую привязанность	156
Травма и привязанность: источник безопасности становится источником опасности	157
“Контролирующие стратегии привязанности” и травма	160
“Страх терапии и терапевта”	161
Пробуждение желания заботы	164
Реконтекстуализация дезорганизованной привязанности как внутренней борьбы	165
Не один, а множество переносов	167
Распознавание переноса	168

Заключение союза с борющейся частью	169
“Его” не существует	172
Терапевт для всех частей, а не только “клиента”	173
Как прислушаться к “голосам” частей	174
Выступая от имени частей личности	177
Как избежать склонности “выбирать сторону”	179
Диадический танец	180

Глава 7. Работа со страдающими от суицидальных наклонностей, тяги к самоуничтожению, зависимости и расстройств пищевого поведения

Способ покончить с этим или способ продолжать жить?	186
Отчаянные меры	187
Как справляться с невыносимыми эмоциями	189
Использование тела для успокоения	191
Как “работает” саморазрушительное поведение	191
Саморазрушительное поведение и тяга к привязанности	193
Животные защитные реакции и рисковое поведение	195
Исправление причин саморазрушительного поведения	199
Стабилизация с учетом травмы (TIST)	200
Признание саморазрушительных частей личности	202
Утешая уязвимых, чувствуя защитников	206
“Никакие части не бросаем”	208

Глава 8. Сложности терапии: диссоциативные системы и расстройства

Как распознать клиента с ДРИ	213
Диагностирование диссоциативных расстройств	215
Ставить или не ставить диагноз	216
Инструменты оценки для диагностирования диссоциативных расстройств	218

Диагностические критерии и вопросы	220
“Его” не существует	222
Секреты даже от самого себя	223
Возвращение порядка в хаотичный внутренний мир	226
Клиент как куча клиентов внутри	227
Обучение продолжающей нормальную жизнь личности работе с частями	228
Понимание текущего опыта	230
Создание прошлого для частей, застрявших в нем	232
Преодоление условных рефлексов	235
Постоянное сознание: знать, “кто я” в текущий момент	236
Диссоциация как ресурс	236
Построение внутреннего доверия	237
Сбор доказательств: формирование ретроспективного сознания	242
Развитие способностей к заполнению пробелов в сознании	243
Больше нет “хороших и плохих парней”	246
Тренировка команды	246
Усиление присутствия продолжающего нормальную жизнь взрослого	249
Возвращение частей личности в текущий момент: “эффект просачивания”	252
Смена паттернов и ролей	255
Работа с регрессией и агрессией	257
Терпение, настойчивость и крепкий ремень безопасности	260
Лечение ребенка вербовкой родителя	261
Самоисцеление вместо межличностного исцеления	262
Способствование воссоединению	264

Глава 9. Как исправить прошлое: примирение со своими “я” 267

Доступ к ресурсам мудрого взрослого	277
Внимание к детям формирует узы привязанности	281

Чьи это чувства	281
Контакт с частями с позиции силы	286
Доступ к ресурсам нормальной жизни	288
Как принять детские части “под крыло” кого-то заботливого	290
Узы привязанности формируются через телесный опыт	293
Пригласить части “сюда”, а не идти “туда”	294
Страх и фобии внутренней привязанности	298
Разрыв и восстановление отношений внутренней привязанности	303

Глава 10. Восстановление потерянного: углубление связи со своим юным “я” 309

Реорганизация отношений с прошлым	312
Роль памяти	313
“Я сейчас” против “Та часть меня тогда”	316
Как наладить внутреннюю коммуникацию с дисрегулированными частями	320
Разрыв и восстановление	322
Выражение сострадания травмированным детским частям	325
Вмешательство исцеляющего опыта	328
Четыре вопроса для формирования дружеских отношений	328
Формирование импульсов к заботе	333
Преодоление внутреннего недоверия и страха	333
Создание новой цели и миссии для каждой из частей	336

Глава 11. Безопасность и дружелюбие: опыт формирования надежной привязанности 343

Симптомы рассказывают историю лучше, чем “история”	345
Использование диссоциативных симптомов для исцеления диссоциативной фрагментации	346
Создание безопасного пространства для детских частей в обыденной жизни взрослого	347
Поддержание функционирования у продолжающей нормальную жизнь личности	351

Заслуженная надежная привязанность	353
Смена парадигмы: влияние прошлого не вечно	353
Наследие надежной привязанности среди разных поколений	354
Надежная привязанность как соматический и эмоциональный опыт, а не событие	358
Как избежать путаницы и отчуждения	360
Заслуженная надежная привязанность и разрешение травмы	363
Услышать плач ребенка	367
Приложение А. Пять шагов к “упорядочению смешанного”	371
Приложение Б. Круг медитации для фрагментов личности	373
Приложение В. Техника внутреннего диалога	375
Приложение Г. Парадигма лечения для внутренней корректировки привязанности	379
Приложение Д. Дневник диссоциативного опыта	383
Приложение Е. Четыре вопроса для формирования дружеских отношений	385
Библиография	387

Работа со страдающими от суицидальных наклонностей, тяги к самоуничтожению, зависимости и расстройств пищевого поведения

“Когда ни сопротивление, ни побег не являются возможными, человеческая система самозащиты получает слишком сильную нагрузку и становится дезорганизованной. Каждый компонент привычной реакции на опасность, потерявший свою полезность, склонен оставаться в измененном и преувеличенном состоянии долго после того, как угроза миновала”. [*Herman*, 1992, p. 92]

“[Подвергающиеся жестокому обращению дети] нуждаются в возможности мобилизовать сильную реакцию бегства и борьбы и отреагировать агрессивно на проблему без колебаний... [Подобные защитные реакции] значительно улучшают способность индивида незамедлительно и драматически переходить в агрессивное состояние в угрожающей ситуации или при потере”. [*Teicher et al.*, 2002, p. 18]

Необходимость жить с травмой каждый день так, словно ничего не произошло, одновременно справляться со сложностями обычной жизни и ненормальными трудностями травматогенной среды — все это имеет негативное воздействие на веру в безопасность и желание жить индивида. Ощущение себя беспомощным, ошеломленным, неадекватным, уязвимым, испуганным, одиноким, прошлый опыт, где не к кому обратиться за помощью, негде спрятаться, никто не поможет. Единственные ресурсы, на которые человек может рассчитывать, находятся в его теле: отключение, онемение, диссоциация, нейрохимические вещества наподобие адреналина и эндорфинов, и животные защитные

реакции борьбы, побега, замирения, подчинения и привязанности рады выживания. “Отчаянные времена требуют отчаянных мер”.

Неудивительно, что травма и самодеструктивное поведение идут рука об руку. “Агрессивное вождение”, компульсивная сексуальность, неспособность предсказывать опасность и принимать меры по самообороне, безразличие к общепринятым соображениям безопасности, неспособность покинуть опасные ситуации или отношения — все это согласуется с прошлым опытом отношения к человеку как к объекту, чье благополучие не имеет значения, жизнь которого нужна лишь для эксплуатации. Неудивительно, что перспектива смерти может быть утешением, если она является альтернативой заточению. Неудивительно, что желание умереть вместо жизни с такой болью может оказаться процедурно выученным способом выживания. Научные и клинические данные подтверждают данную гипотезу. Суицидальная идеация, угрозы самоубийства и его попытки все статистически коррелируются с диагнозом ПТСР, как и злоупотребление психоактивными веществами, расстройства пищевого поведения и самоповреждение [Houry et al., 2007; Krysincka & Lester, 2010; Min et al., 2007]. Даже при постоянном лечении данных симптомов и расстройств статистика срывов крайне высока среди переживших травму [Najavits, 2002]. Из этого можно сделать вывод, что у данных форм аддиктивного поведения есть комплексная взаимосвязь с последствиями травматического опыта. Как можно понять одновременное сосуществование в одном человеке сильного желания жить и настолько же сильного желания умереть?

Способ покончить с этим или способ продолжать жить?

Чтобы пережить травму, необходима серьезная решимость продолжать “держаться”, но при этом ослабевают вера в безопасность и желание жить. Любому человеку, а уж тем более ребенку очень тяжело одновременно справляться с трудностями обычной жизни и ненормальными проблемами в травматогенной среде. Ощущение, что способ получить облегчение есть прямо под рукой; план эвакуации, парашют или карточка “бесплатный выход из тюрьмы” дарит проблеск надежды или возможность хоть как-то защищаться: “Я могу что-то сделать”. В детстве мы могли полагаться только на те ресурсы, которые предлагало наше

тело: отключение, онемение, диссоциация, нейрхимические вещества (адреналин, эндорфины, кортизол) и животные инстинкты замирания, полного подчинения или призыва на помощь. К началу подросткового возраста физически более сильное тело и быстро развивающийся мозг предлагают уже больше вариантов. В пубертатный период животные защитные реакции борьбы и бегства становятся скорее эффективными мерами, чем желаниями и фантазиями маленького ребенка.

Вне зависимости от того, находимся мы в плену непреодолимых обстоятельств или же реагируем на стимулы в ежедневной жизни; нам три года, тринадцать или тридцать, эмоции говорят, что сейчас мы в отчаянной ситуации, и нуждаемся в отчаянных мерах для выживания. Спектр “отчаянных мер” ограничен лишь нашими обстоятельствами и телами. Симпатическая нервная система мобилизует тело для самозащиты в лице угрозы, но когда борьба и побег слишком опасны, тело инстинктивно подавляет активность замиранием или перенаправлением импульса. Мы бьем кулаком в стену; представляем, как врезаемся на машине в столб; швыряем предметы; бьем или кусаем себя. Это сразу же дает чувство контроля — так же, как тогда, когда мы ныряем в укрытие, убегаем или отталкиваем нападающего.

Отчаянные меры

Саморазрушительное поведение произрастает из отчаяния и безысходности, страха оказаться уничтоженным и изолированным, неспособным справиться с захлестывающими эмоциями. Вне зависимости от того, являются эти состояния реакциями на угрозу и жестокость или же это спровоцированные триггером имплицитные воспоминания, они ощущаются одинаково реалистичными и потому одинаково пугающими. Проявления уязвимости тоже чувствуются небезопасными, что только усугубляет отчаяние. Эмоции и эмоциональный опыт нечасто способствуют безопасности детей-жертв и чаще провоцируют эскалацию насилия. Иногда из-за этого пережившие травму индивиды больше боятся своих чувств, нежели угрозы жизни.

Тот факт, что нормальные чувства и эмоции, проявляющиеся при любых сложностях, воспринимаются как угрожающие, а не освобождающие, важно помнить. Пытаясь помочь клиенту признать его чувства вместо ухода в себя или демонстративного поведения, терапевты часто

забывают, что эти эмоции некогда были источником опасности и сейчас связаны с имплицитными воспоминаниями о перегруженности, угрозе или унижении. Когда вместо этого клиенты учатся ассоциировать кажущиеся захлестывающими или опасными эмоции с детскими частями, отношение к ним изменяется. Клиент может по-прежнему испытывать эти чувства, но восприятие их как эмоций детского фрагмента заставляет их выглядеть менее угрожающими и ослабляет чувство уязвимости клиента. Это нормально, что ребенок может испытывать стыд, одиночество или грусть. Даже можно понять, что его уязвимость пробуждает борющуюся и убегающую части. Задача клиента — осознанно обращать внимание на эмоции как коммуникацию детской части, называть их “грусть малыша” или “страх мальчика”. Это подавляет автоматическую склонность идентифицироваться с борющейся или убегающей частями и поддаваться их импульсам.

Еще один фактор саморазрушительного поведения переживших травму индивидов — отсутствие способа успокаивать или регулировать интенсивные, автоматические чувства и ощущения. Способность к успокоению себя прямо связана с постоянным ранним опытом утешения. Он настраивает нервную систему на успокоение и рекалибрацию, пока ребенок не окажется в “оптимально взбудораженном” состоянии [Ogden & Fisher, 2015]. В ситуации небезопасной детской привязанности, за которой следует травматическая угроза, нервные системы клиентов привыкают к симпатическому гипервозбуждению для активации бдительности и готовности действовать или же к парасимпатическому гиповозбуждению для бездействия и онемения [Ogden et al., 2006]. Поскольку ребенку недостает умения регулировать себя, будучи охваченным кажущимися опасными эмоциями и ощущениями, он чувствует: “Я не могу пережить эти чувства — если я их не остановлю, то разорвусь на миллион кусочков и умру”. В результате и обычные, и автономно усугубляющиеся эмоциональные реакции начинают казаться невыносимыми, нестерпимыми и смертельно опасными. С другой стороны, опасности, ассоциирующиеся с высокорисковым поведением, выглядят “нереалистичными”. Клиент привык выживать путем диссоциации или недооценки опасности. Он не боится смерти. Клиент опасается собственных чувств. Именно имплицитная память и кажется опасной: “Я не могу сам справиться с этими эмоциями — если мне никто не сможет помочь, я умру — я должен *что-то* сделать”.

Как справляться с невыносимыми эмоциями

Самая распространенная ошибка и профессионалов, и обывателей в понимании рискованного поведения — автоматическое предположение, что самоповреждение, суицидальные наклонности, расстройства пищевого поведения и злоупотребление психоактивными веществами возникают из-за стремления к разрушению, а не облегчению. Учитывая, что самоповреждение вызывает боль, мы интерпретируем его как мазохизм, наказание себя или зов на помощь. Полагая, что суицидальные наклонности отражают осознанное желание умереть, мы интерпретируем его как угрозу жизни или зов на помощь. В таком случае мы упускаем из виду ключевую проблему самоповреждения: стремление обрести контроль и справиться с невыносимыми чувствами. Также это может быть поиск облегчения.

В корне всех проявлений саморазрушительного поведения лежит следующий факт: испытание голодом, причинение боли телу, планирование его гибели или компульсивное аддиктивное поведение приводит к желанному освобождению от физической или эмоциональной боли. В этой ситуации высокорискованное поведение вследствие его физиологического эффекта выглядит изобретательной попыткой справиться с болью или пережить ее единственным доступным пациенту способом. Если мы можем валидировать, что на данный момент у клиентов нет лучшего способа успокоиться, что самоповреждение, суицидальные наклонности и саморазрушительное поведение успешно приносят облегчение, хоть и парадоксальным способом, мы получаем возможность построить отношения сотрудничества с клиентом (а также борющейся и убегающей частями) в решении проблемы поиска спокойствия. Вместо того чтобы сразу же воспринимать суицидальные наклонности, активные зависимости и самоповреждение как вопрос безопасности, терапевт должен начать проявлять любопытство: попыткой решить какую проблему это может быть? Что вызвало этот импульс? Что клиент надеется получить в итоге? Приносило ли это ему облегчение раньше?

Психологическое просвещение о том, почему подобное поведение столь эффективно регулирует невыносимые состояния, успокаивает чувство стыда и замкнутости клиента. Описание спектра положительных намерений, которые могут лежать в основе импульсов

к саморазрушению, увеличивает вероятность того, что клиенты добровольно расскажут о своих сомнениях и страхах, связанных с успокоением себя подобным образом, а не станут пытаться убедить терапевта, что аддиктивное или рискованное поведение является их единственным вариантом.

Терапия небезопасного поведения часто создает раскол между клиентом и терапевтом: намерение терапевта снизить частоту самоповреждения или предотвратить самоубийство часто противоречит нужде клиента держаться за единственный способ успокоиться. Или же программа “безопасность прежде всего” может спровоцировать внутренний конфликт, ставя терапевта в директивную роль. В данной модели терапии мой главный приоритет — помочь пациенту обратить внимание на внутреннюю борьбу: какие чувства вызывают у борющейся и убегающей части тягу применять отчаянные меры? Какие части хотят умереть? Какие пытаются помочь? А какие — жить? Пугает ли их способность борющейся части проявлять жестокость? Видят ли детские фрагменты в борющейся части спасителя или же боятся умереть?

Для эффективной терапии рискованного и аддиктивного поведения терапевт и клиент должны быть способны вместе рассмотреть внутриличностную дилемму: если с тем, что кажется смертельно опасным эмоциональным возбуждением, позволяют справиться самоповреждение, расстройства пищевого поведения или аддиктивное поведение, как еще клиент может переносить боль? Как терапевты поощряют пациентов к поиску более здоровых вариантов, т.е. умений, ресурсов или терапии, если “обычные меры” медленнее и менее эффективны, нежели отчаянные? Когда клиент испытывает острую тягу, от утоления которой зависит его жизнь? Исторически в связанных с травмой подходах терапии самоповреждения, аддиктивного поведения, расстройств пищевого поведения или суицидальных наклонностей поведенческими целями были воздержание и безопасность. Но связанные с травмой триггеры и неудовлетворительное окно толерантности постоянно подрывают попытки клиента стабилизироваться. Чтобы понимать комплексные взаимоотношения между травмой и рискованным, аддиктивным поведением, сперва необходимо понять влияние подобного поведения на тело и его способность вызывать успокоение и регуляцию.

Использование тела для успокоения

Жестокое обращение с детьми, пренебрежение ими, пытки, домашнее насилие и многие другие категории травмы имеют общую характеристику: тело, разум и эмоции жертвы эксплуатируются другими для удовлетворения своих потребностей, осуществления контроля или сброса напряжения [Miller, 1994]. Неудивительно, что из детей, чьи тела были использованы подобным образом, могут вырасти взрослые, поддающиеся импульсам или инстинктивно использующие свои тела для снятия напряжения. Они не получили адекватного опыта снятия напряжения (т.е. утешения в надежной привязанности), а насилие низвело тело до обычного инструмента снятия напряжения без любой ценности.

В состоянии дистресса многие дети ищут близости с окружающими, желательно взрослыми, ради получения успокоения, утешения и комфорта. Столкнувшись с пренебрежением или насилием, они быстро учатся избегать сближения, а не искать его, и почти полностью полагаются на собственные ресурсы. Не имея возможности доверять другим или попросить у них о помощи, подобные клиенты инстинктивно пытаются получить облечение через ряд поступков, у которых одна общая характеристика: ни для одного из них не нужно полагаться на других людей. Одни в подростковом возрасте приучились использовать алкоголь и наркотики для подавления чувств; другие в начале пубертатного возраста заметили, что голодание или переедание с последующим очищением организма позволяли им достигнуть подобного состояния “отсутствия чувств”. Кто-то еще с раннего детства разрабатывает спектр вредящих телу, но успокаивающих поступков: щипки, нанесение порезов, царапины, ожоги, удары себя руками, удары головой и даже кровопускание.

Как “работает” саморазрушительное поведение

Самая большая сложность в терапии саморазрушительного поведения — его эффективность в предоставлении облегчения, по крайней мере до формирования толерантности. Физический вред (нанесение порезов, ожогов, ударов, поглощение острых предметов) имеет такие

же последствия, как и любая угроза или ранение: сначала повреждение стимулирует выработку адреналина (приводит к повышению энергии, улучшению концентрации, ощущению собственной власти, контроля, ослаблению чувств тела и эмоций), а затем повышается высвобождение эндорфина, что способствует эффекту расслабления/успокоению боли. Обе реакции происходят весьма быстро, что предоставляет почти мгновенное облегчение клиенту, испуганному и поглощенному уровнем интенсивности или отстранения.

Несмотря на то что расстройства пищевого поведения традиционно считаются последствием искаженного восприятия собственного тела или личности, весьма поразителен тот факт, что последствия связаны с пробужденным травмой гипервозбуждением. В их случае облегчение можно почувствовать путем пере- или недоедания. Например, ограничение приема пищи при анорексии приводит к заглушению эмоций и чувств одновременно с подъемом энергии и улучшением самочувствия, вызванных влиянием кетоза. Переедание также вызывает онемение и расслабление, парасимпатическое гиповозбуждение, отстранение от тела или сонливость. И в стадии переедания, и в стадии очищения организма при булимии ослабляются гипервозбуждение и чувствительность к боли через активацию дорсальной вагальной системы [Faris et al., 2008], того же ответвления парасимпатической нервной системы, что подразумевается в реакциях полного коллапса и притворства мертвым. Булимия ассоциируется с более высоким болевым порогом по сравнению с порогом здоровых людей [Faris et al., 2008]. Предполагаемая причина — заглушающий эмоции эффект переедания и очищения организма после него. Частота постановки подобного диагноза у молодых женщин может быть связана с этим.

И злоупотребление психоактивными веществами, и аддиктивное поведение, как правило, имеют особое влияние на автономное возбуждение. Это отражается в связанных с наркотиками терминах “веселящие вещества” и “успокаивающие вещества”. Клиент выбирает кокаин, амфетамин, МДМА (экстази), риталин, аддерол, метамфетамин и прочие стимуляторы, когда начинает испытывать “пустоту”. Также пациенты со страхом расслабления или смешиванием его с недостаточной бдительностью употребляют подобные вещества для усиления ощущения контроля, силы или сохранения высокого возбуждения. Подобным образом алкоголь, марихуана, бензодиазепины и опиоды (например,

героин, оксикодон и морфий) ослабляют симптомы гипервозбуждения и захлестывающих эмоций, но при этом также могут использоваться для постоянного поддержания состояния пониженной возбудимости, в котором они точно не станут чувствовать “слишком много”. Конкретно в случае расстройств пищевого поведения и зависимостей любое чувство связи между употреблением наркотиков или расстройством и симптомами травмы, с которыми они помогают справиться, давно утеряно. Если часто заниматься делами, связанными с расстройствами пищевого поведения, предотвращается вмешательство нежелательных эмоций и ощущений. Но со временем у клиента формируется толерантность, и ему приходится ограничиваться, переедать и очищать организм чаще или сильнее для получения того же эффекта. Согласно данным исследований, у левого полушария есть склонность создавать рациональные аргументы в оправдание иррационального поведения, обусловленного правым полушарием. Это подтверждается случаями клиентов с расстройствами пищевого поведения и/или зависимостью от психоактивных веществ, ведь у них есть “истории” или обоснования для их симптомов, например: “Я бы в дверь не помещалась, если б не...” Но подобные истории учитывают лишь облегчение, испытываемое в результате расстройства пищевого поведения. Они не объясняют панику, вызванную эффектом повышенной толерантности, и отчаянную нужду снова заглушить чувства, что вызывает усугубление расстройств пищевого поведения и зависимостей.

Возможно, вовсе не совпадением является тот факт, что злоупотребление психоактивными веществами, расстройства пищевого поведения, самоповреждение и суицидальные наклонности обычно пробуждаются в возрасте 11–14 лет. Тогда у подростков возникают внутренние конфликты между тягой к независимости/индивидуализации и страхом одиночества и разлуки.

Саморазрушительное поведение и тяга к привязанности

Большинство пациентов с травмой сталкиваются с одной и той же смертельно опасной дилеммой: как уменьшить грозящую им опасность и максимизировать способные защитить отношенческие ресурсы, но при этом не оказаться уязвимым перед тем, кто может причинить вред.

Чтобы избежать опасности, им приходится стараться не разозлить хищника. Они должны культивировать доброжелательность и одновременно оставаться начеку. Для маленьких детей это в особенности сложно из-за их зависимости от взрослых и силы их биологической тяги привязываться или искать близости. Они нуждаются в решении, подавляющем тягу к привязанности без повышения риска подвергнуться жестокому обращению или потери любого проявления положительного внимания, доступного им.

Пока мы с ее матерью обсуждали особенности поведения ее эмоционально неуравновешенного старшего брата, двухлетняя Аня вбежала в комнату, споткнулась об игрушку и упала, сильно ударившись при этом подбородком. Она начала всхлипывать, но не смотрела матери в глаза и не тянулась к ней за утешением. Сама мать не замечала, что девочка плакала. Не обращая внимания ни на кого из взрослых, Аня встала и начала раскачиваться с одной ноги на другую, при этом одновременно тихо всхлипывая. Так она делала, застряв в собственном мире, с расфокусированным взглядом, пока не успокоилась и не затихла.

Исследующие привязанность ученые, занимающиеся дезорганизованным ее стилем, заметили, что подобное Аниному поведение начинается в возрасте двух лет. Они заявляют, что оно отражает сложность одновременной тяги искать близости и импульса отстраниться или защищаться. Дети дошкольного возраста, предположительно опасующиеся сближения со своими “испуганными и пугающими” опекунами в состоянии близости или нужды, начинают задействовать способы, дающие им больше контроля, известные под термином “стратегии контроля” [Liotti, 2014]. Одна группа, обозначенная как “контролирующая и заботливая”, склонна к родительскому поведению типа “заботиться и завязывать узы”: очарование, руководство, развлечение, утешение, слишком ранняя независимость, предложение комфорта и одобрения родителю. Другая группа детей, получившая название “контролирующая и наказывающая”, реагирует на близость враждебностью, провокацией, принуждением, порицанием и иногда даже агрессией и жестокостью. Это создает риск диагностирования “вызывающего оппозиционного расстройства”. Судя по результатам исследования, когда опекуны равнодушны, опасны или недоступны, безопасность приравнивается к выбору между примирением и родительским отношением, с одной стороны, и враждебностью

с отстранением — с другой. Или же поиск близости и дистанцирование поочередно возникают в одном и том же индивиде, и каждый импульс движим своей защитной реакцией: привязывающаяся или подчиняющаяся часть использует родительское поведение для получения большего контроля над близостью, а борющаяся задействует враждебное отношение для отторжения окружающих, и все это происходит одновременно. Поскольку близость и безопасность взаимосвязаны, когда наше выживание зависит от опекунов, имплицитный посыл состоит в следующем: “Зависеть от кого-либо небезопасно. Небезопасно сближаться с кем-либо или любить близких”. Подобные паттерны поведения привязанности сохраняются и во взрослом возрасте и при добавлении к ним структурной диссоциации становятся все более изощренными, поляризованными и активируются легче.

Животные защитные реакции и рисковое поведение

Структурная диссоциация способствует возникновению поведения ненадежной привязанности: если желание сблизиться принадлежит привязывающейся части, способность задабривать — подчиняющейся, нужда в дистанции — убегающей, страх нападения — замирающей, а настоятельная необходимость контролировать свойственна борющейся, у индивида есть все необходимые “ингредиенты” для выживания в небезопасном мире. Каждая структурно диссоциированная часть может работать относительно независимо от других для достижения своих целей, и это дает преимущество. Быстрые, автоматические переходы от чрезмерной настороженности к нужде в дистанцировании, а затем — роботоподобной послушности способствуют защитной гибкости. Она важна, когда опекуны человека жестоки и легко провоцируются. Если восприятие связанного с травмой стимула как опасного повышает шансы избежать опасности и пережить еще один день, подобный паттерн является адаптивным. Но как только угроза минует (т.е. человек больше не зависит эмоционально или физически от жестоко обращающихся с ним), подобные защитные паттерны перестают быть полезными. Части личности со своими актуальными защитами и нуждами по-прежнему сканируют окружение на предмет травматических триггеров и реагируют каждая по-своему. Но их активация

повышает восприимчивость к внутреннему конфликту. Самые угрожающие триггеры, с которыми столкнется каждая часть, скорее всего — другие люди. Интенсивные защитные реакции будут вызывать не только злые, жесткие и агрессивные индивиды, но и авторитетные фигуры, и даже самые близкие клиенту — партнеры, супруги, терапевты, родственники, друзья и объекты любого вида любви. К сожалению, те, кто способен помочь в процессе исцеления, с большой вероятностью являются таким же триггером для структурно диссоциированных частей, как и причинившие клиенту вред.

Эти сложности неизбежно приводят к усугублению поляризации, а значит — и внутреннего конфликта. Привязывающаяся часть идеализирует потенциально значимые фигуры (включая терапевта), в то время как борющаяся становится более осторожной, опасливой или враждебной по отношению к пытающимся с ней сблизиться или тем, кто обуславливает эмпатический провал, не “находясь рядом” с частями, не заботясь о них или имея иные приоритеты. Поскольку другие люди в жизни клиента считают, что находятся в компании взрослого, а не ребенка, даже их наиболее благонамеренные и доброжелательные попытки “находиться рядом” с частями личности могут легко разочаровать травмированную часть или ранить ее чувства. На примере Джессики можно увидеть, что доброжелательность и поддержка для взрослого человека — совсем не одно и то же, что для ребенка.

Джессика рассчитывала, что ее друзья и друзья друзей помогут ей в тяжелые времена, и они попытались это сделать. Но их практические предложения подвести клиентку или угостить ее обедом не казались “заботой” двухлетней части. Ей были нужны объятия, взгляд в глаза, внимание к каждому ее слову, и чтобы другой человек не торопился уйти после обеда. Поскольку подобный опыт обычно не предлагался 45-летней женщине, привязывающаяся часть личности Джессики часто испытывала боль и разочарование. Ситуацию усложняла постоянная настороженность борющейся части по отношению к поведению окружающих, что расстраивало привязывающуюся часть или задевало чувство справедливости борющейся. Поскольку родители Джессики были одновременно чувствительными и критикующими, тревога борющейся части включалась в контексте того, что ее друзья считали очень мелкими обидами. Когда клиентку что-то задевало, борющаяся часть хранила враждебность и настороженность месяцами или даже годами, что не позволяло Джессике простить и продолжить жить или

просто успокоить детскую часть. Постепенно она становилась все более изолированной и неспособной завести новых друзей, поскольку борющаяся часть неизбежно начинала считать их “холодными”, “нарциссичными”, “злыми” или “неподходящими”. Но изоляция не залечила лежащую в основе раненную привязанность: одиночество и чувствительность детской части к отказу только усугублялись вместе с опасливостью борющейся.

Когда ребенок достигает пубертата, начинает осознавать собственную индивидуальность и становится физически сильнее, борющаяся и убегающая части его личности активизируются. К 15 годам подростковые части личности часто физически способны противостоять наделенным властью фигурам, а также применять силу и устанавливать контроль над уязвимостью детских частей (тоской, нуждой в окружающих, болью, разочарованием), которую потенциально могут эксплуатировать. То, что расстройства пищевого поведения и зависимость от психоактивных веществ, как правило, возникают в возрасте около 11-12 лет, когда инстинкты сепарации и индивидуализации требуют подавления тяги к привязанности, вовсе не совпадение. Также в данный возрастной период физическая сила ребенка и большая независимость повышают риск возникновения расстройств пищевого поведения, самоповреждения и употребления психоактивных веществ. Иногда на данном этапе происходит первая попытка самоубийства.

Аннетт помнила, когда впервые представила смерть как решение своих проблем. Ей было 6 лет, ее мать пропадала на работе. Отношение к девочке отчима было крайне жестоким и холодным, и со временем становилось все хуже. Каждый день она обещала себе: “Если тебе просто удастся продержаться сегодня, можешь умереть завтра”. Когда конец всему этому становился виден в обозримом будущем, девочка могла продолжать жить. “Если тебе просто удастся продержаться сегодня, можешь умереть завтра”. Это обещание приносило желанное облегчение и помогало ей подготовиться к грядущему. Даже после того как мать Аннетт ушла от отчима, и издевательства прекратились, желание умереть оставалось “безотказным” решением каждый раз, когда она чувствовала себя перегруженной или заброшенной. Впервые девушка попыталась покончить с собой в возрасте 14 лет после окончания отношений с ее первым парнем: она выпила упаковку аспирина.

Парадокс состоял в том, что изначально желание умереть было способом пережить насилие и проявлением контроля: “Я перетерплю только

еще один день”. Данное ощущение контроля приносило желаемое облегчение каждый раз, когда она обещала это себе. К 14 годам такое желание больше не приносило облегчения. “Вот почему, — сказала, она, — я должна была что-то сделать. Мне нужно было почувствовать, что я *смогу* все это закончить”. Клиентка не испытывала ни радости, ни разочарования от того, что выжила. Приняв таблетки, Аннетт вновь почувствовала себя уверенно: у нее есть способ, если он понадобится. Одновременно она оставалась осторожной, опасаясь, что ее суицидальные наклонности будут обнаружены и ее “закроют”. Данный паттерн оставался активным, пока Аннет не разменяла четвертый десяток: кто-то или что-то задевало чувства детской части ее личности или становилось триггером, и суицидальная часть давала ощущение контроля вновь путем угрозы суицида, самоповреждения или принятия нелетальных доз. Чаще всего они были достаточно малы, чтобы просто ввести ее в бессознательное состояние на ночь. Аннет просыпалась следующим утром и продолжала жить. Употребление ею алкоголя вызывало куда большие опасения.

После госпитализации, последовавшей за первой попыткой суицида в возрасте 14 лет, Аннетт чувствовала себя в ловушке и была испугана. Если она не сможет контролировать свои импульсы, ее снова “закроют”, но если она откажется от мыслей о самоубийстве, у нее не останется источника облегчения. Внутри клиентки начала точиться внутренняя борьба. Самая юная часть ее личности хотела, чтобы ее просто кто-то любил и защищал, но это лишь сделало ее доступной мужчинам, желающим секса. Разочарование, возникшее из-за невозможности найти кого-то заботливого, пробуждало горечь ребенка. Несмотря на то что суицидальная часть получала немного облегчения, когда царапала свои руки, Аннетт опасалась, что ее ранки воспримут как признак наличия у нее желания умереть. На пятнадцатый день рождения девочки ее друзья принесли бутылку вина. Выпив первый бокал, она начала чувствовать себя “нормальной”. Вино ослабило напряжение и настороженность, позволило Аннетт смеяться над шутками. Окружающие улыбались ей в ответ, наполняя детскую часть надеждой, что, возможно, она им все же нравилась.

Даже когда индивид уже находится в безопасности, связанные с травмой триггеры усложняли дифференциацию безопасного сейчас от опасного тогда. Как только ее отчим исчез, Аннетт перестали причинять вред, но она и части ее личности не ощущали себя в безопасности.

Детская часть по-прежнему отчаянно нуждалась в чьей-то защите, любви и заботе; суицидальная вызывала облегчение, обещая со всем покончить; зависимой приходилось увеличивать количество употребляемого алкоголя для регуляции связанных с травмой имплицитных воспоминаний и сопровождающего его автономного возбуждения. Когда парни уходили, а подруги разочаровывали, детская часть паниковала, и Аннетт тонула в потоке боли и отчаяния. Тогда ей требовалось еще больше вина. Тем не менее со временем ее некогда надежная химическая поддержка начала подводить: чтобы избавиться от чувств, убегающей части приходилось пить до отключки. Но после этого тревожные чувства только усугублялись. Слишком часто ночи в баре в компании таких же пьющих заканчивались отключением сознания, и на следующее утро Аннетт просыпалась в чужой постели.

Исправление причин саморазрушительного поведения

Саморазрушительное поведение произрастает из “идеального шторма” вариантов: сначала триггер пробуждает имплицитное воспоминание, связанное с травмой. Затем ассоциация имплицитной памяти с опасностью вызывает немедленную реакцию на стресс. Это провоцирует реакцию симпатической нервной системы, заставляет организм реагировать на стресс и отключает префронтальную кору. В результате здравомыслие индивида затуманивается и лишает сил личность, продолжающую нормальную жизнь. Теперь части с конфликтующими защитными реакциями свободны поддаваться влиянию инстинктов выживания, что приводит к совершению определенных поступков для получения облегчения: перееданию с последующим очищением организма, самоповреждению, попыткам самоубийства, аддиктивному поведению или ограничениям в питании. В течение короткого времени, иногда даже нескольких минут, клиенты, по их рассказам, временно ощущают контроль или благополучие. Это укрепляет связь между вызывающими отвращениями чувствами, дисрегулируемым возбуждением и немедленной нуждой совершить действие, которое принесет “облегчение”. Поскольку сложно отследить связь между выглядящим положительным или слегка тревожащим триггером, болью, грустью или стыдом детских частей и импульсивным поведением борющейся

или убегающей части, даже сам клиент не понимает собственное поведение, разве что заявляет: “Я хочу убить себя”.

Для стабилизации поведения высокой степени риска необходимо разобраться с “частью «частей»”, шаг, который не включается даже в новейшие, передовые терапевтические подходы. В диалектической поведенческой терапии (ДПТ) рассматриваются умения, необходимые продолжающей нормальную жизнь части для толерантности к дисрегулированным эмоциям травмированных частей, но нет способа отличить ее от других частей. Фрагментация также не затрагивается. В модели внутренних семейных систем (ВСС) разбирается роль частей, но саморазрушительное поведение воспринимается как поведение “пожарных”, пытающихся подавить уязвимых “изгнанников” [Schwartz, 2001]. В ВСС продолжающая нормальную жизнь личность считается “менеджером”, чья основная цель — выбить изгнанников из головы. В моей модели фрагмент с нормальной жизнью является компетентным, ориентированным на текущий момент аспектом индивида, способным совершать социальное суждение и справляться с поведением директивно. При этом он также способен испытывать любопытство, сострадание, оставаться мудрым, смелым и спокойным. В ВСС данные качества (вместе с ясностью, уверенностью и решимостью) предназначены для концепции “селф”, или, как я это называю, “мудрого разума” и “мудрой личности”. Сенсомоторная терапия [Ogden & Fisher, 2015] — единственная, помимо соматических переживаний, модель терапии травмы, которая фокусируется на вкладе автономной дисрегуляции и животных реакций в посттравматическое стрессовое расстройство. Но, как и в ВСС, в ней не хватает конкретных вмешательств для рискованного поведения. И там, и там (ВСС и сенсомоторной терапии) поощряется осознанное любопытство и интерес к привычным паттернам вместо ориентированного на решение проблемы подхода к вопросам безопасности.

В ВСС терапевт воспринимает пожарных как защитников изгнанников. В сенсомоторной терапии рискованное поведение видится как “защитная реакция” на автономную дисрегуляцию.

Стабилизация с учетом травмы (TIST)

Стабилизация с учетом травмы (Trauma-Informed Stabilization Treatment) [Fisher, 2015] — модель терапии, разработанная для

стабилизации серьезного саморазрушительного поведения, когда традиционные методы лечения не помогают. TIST изначально разрабатывалась в контексте смены парадигмы в Службе для подростков штата Коннектикут, организации Отдела по лечению психического здоровья и злоупотребления психоактивными веществами. В попытке помочь некоторым из наиболее тяжелых пациентов в возрастной группе от 18 до 25, было принято смелое решение: изучать эффект принимающих во внимание травму подходов, учитывая, что высокий процент данных хронически суицидальных, разрушающих себя клиентов пережил серьезную травму в прошлом. Пациентам, для которых изначально разрабатывалась программа, многие годы ставились различные диагнозы при стационарном и амбулаторном лечении. У них было кое-что общее: травма, пережитая в раннем детстве, за которой следуют симптомы тяжелого самоповреждения, суицидальных наклонностей, расстройств пищевого поведения, злоупотребления психоактивными веществами и агрессия по отношению к окружающим, в основном персоналу больницы. Все пациенты находились там как минимум 6 месяцев, а некоторые даже 10 лет. Их сложности в выздоровлении в результате применения существующих моделей терапии возникали из-за отсутствия метода, который бы мог одновременно заняться отдельными компонентами их саморазрушительного поведения: их корнями в травматическом прошлом, связанными с травмой триггерами, потерей перспективы и трезвости суждений из-за ингибции коры, облегчением, полученным в результате определенных действий. При использовании модели структурной диссоциации как теоретической основы для TIST каждый фактор, подталкивающий клиента к совершению небезопасных поступков, можно идентифицировать, и каждый из саморазрушительных импульсов можно экстернализовать и приписать соответствующей части личности. Этот подход сразу же подкреплял идентификацию пациента с личностью, продолжающей нормальную жизнь, что ослабляло идентификацию с суицидальными и вредящими телу импульсами. Чтобы избежать восприятия клиентами модели как их порицания, все аспекты личности (включая суицидальную часть) постоянно характеризуются с точки зрения их положительного вклада в выживание.

Когда в моделях терапии саморазрушительное поведение концептуализируется как патологическое, “неустойчивое” или манипулятивное,

а подавление импульсов к рисковому поступку считается “здоровым”, упускается из виду лежащая в основе проблема: внутренняя борьба между противоположными тягами. Стоит клиенту искать облегчение в импульсах или найти способ терпеть боль и продолжать жить? Для успешной терапии любого внутреннего конфликта необходимо признание всех участвующих в нем сторон, а не только тех, которые нам нравятся. На первый взгляд ответ кажется простым, но на самом деле это не так. Без надежды или веры в будущее, с эмоциональной уязвимостью, отягощенной автономной активацией и обусловленными выработкой адреналина импульсами борьбы или побега, которые хочется выплеснуть, пациентам с травмой тяжело поверить, что “продолжать держаться” будет куда более успешным поступком. Чтобы разрешить конфликт, клиенты должны учиться верить, что все их части привержены выживанию разными способами; что даже суицидальные части их личности “хотят умереть, чтобы выжить”.

Признание саморазрушительных частей личности

“Мне хочется умереть” — высказывание, пробуждающее страх в сердце любого терапевта, поскольку оно подразумевает, что вся личность клиента хочет умереть, что опасность уже возникла. В модели TIST оно воспринимается по-другому. Здесь предполагается, что желание умереть отражает взгляд или импульс одной части, необязательно всех. Вопрос, который мы должны задать, прежде чем сделать поспешный вывод: какая из частей хочет умереть? Часть с депрессией? Суицидальная часть? Что пробудило именно ее? Что движет этим импульсом или чувством?

Если разбить ее на компоненты, угроза суицида может просто означать: “Моя детская часть очень расстроена и разочарована, а борющаяся пытается защитить ее от будущего отвержения угрозой суицида”. Также это может значить, что суицидальная часть личности пробуждается слезами ребенка и пугает его, чтобы прекратить их. Или, возможно, депрессивная часть просто хочет заснуть и никогда больше не просыпаться. Для каждой из этих проблем требуется свое решение, которые нельзя предоставить без понимания частей. Вдобавок в TIST спрашивается: где личность, продолжающая нормальную жизнь? Что она может сделать,

чтобы узнать больше о происходящем или успокоить расстроенные части? Ее временно лишили сил интенсивные эмоции и импульсы детских частей или же борющихся и убегающих частей? Либо же эта личность просто беспомощно наблюдает со стороны?

Большинство согласятся, что критика не мотивирует; подавление или блокировка эмоций приводит либо к депрессии, либо к гневу. Но подобные терапевтические подходы, тем не менее, часто задействуются в работе с суицидальными, разрушающими себя, страдающими от расстройств пищевого поведения и зависимостей клиентами. У них такой посыл: эти импульсы или поведение плохи — они опасны — и мы поможем вам отказаться от них. Для борющейся и убегающей частей данный подход — все равно что красная тряпка перед быком. Он приводит к отчуждению и поляризации частей, чье доверие нам больше всего хочется заслужить и чьи мотивы мы хотим понять. Это может препятствовать личности, продолжающей нормальную жизнь, искренне пытающейся работать с терапевтом, но постоянно слышащей, что она недостаточно старается. Ведь на самом деле никакое количество попыток не может остановить части, движимые адреналином и уверенные в том, что единственный способ спасения лежит в действии. В модели TIST намерения части отличаются от ее действий: чего пытается достичь суицидальная часть? Как она пытается защитить клиента? В следующем примере описывается первая клиентка, в лечении которой задействовалась данная модель в том виде, в котором ее разработали в условиях государственной больницы. На примере Кати можно увидеть, как переход от модели единого сознания к модели частей и от терапии пограничного расстройства личности к терапии травмы может быстро изменить картину лечения.

Катя пребывала в больнице уже больше двух лет из-за суицидальных наклонностей, самоповреждения, употребления наркотиков и проявлений жестокости по отношению к персоналу. Пациентка осознавала роль ее борющейся части и оценила ее помощь в выживании. Но после услышанного описания новой модели терапии ее упрямство повышалось с каждым небезопасным событием. Иногда Кате удавалось отсоединиться от жестоких импульсов борющейся части, повторяя мантру: “Это просто борющаяся часть, это просто борющаяся часть, это просто борющаяся часть”. Но иногда эта часть захватывала контроль над пациенткой “за ее спиной”, и внезапно проявлялась агрессия или самоповреждение. Беспokoясь, что суицидальная часть подходила слишком близко к краю, я решила, что нам с Катей пора

было узнать, чем именно она была движима. Я спросила: “Можете узнать у суицидальной части, что, как ей кажется, произойдет, если она сделает паузу и позволит вам поработать с этим? Что, по ее мнению, произойдет, если она перестанет пытаться убить вас?”

Ответ удивил даже саму Катю. “Борющаяся часть говорит: *«Это единственный способ оттолкнуть людей — они не могут причинить тебе вред, если не могут приблизиться»*”. В больнице у Кати развились близкие отношения с некоторыми из работников, которые утешали ее детские фрагменты, веселились с подростковыми и сблизилась с продолжающим нормальную жизнь. Но борющаяся часть оттолкнула ее родных и успешно убедила ее жениха отменить помолвку, поскольку для него страх смерти Кати оказался невыносим. Намерения суицидальной части вызывали панику у привязывающейся и беспокойство у продолжающей нормальную жизнь: как насчет ее желания любить и быть любимой? Выйти замуж и завести детей?

В процессе работы Катя спросила у суицидальной части: “Как я могу убедить тебя, что смогу справиться с желанными мною отношениями?” Та ответила: “Мне нужно поверить, что ты будешь в порядке и не окажешься опустошена”. Кате понадобились месяцы, чтобы проявить себя положительно перед борющейся частью, и еще больше времени, чтобы наконец-то получить разрешение на выписку из государственной больницы.

Сегодня она живет самостоятельно, с любимым ею котом. Он — самое близкое утешение для ее привязывающейся части, а также эмоциональный центр и регулятор любых негативных чувств. Катя горда, что стала той продолжающей нормальную жизнь личностью. Эта жизнь включает в себя учебу в колледже, заботу о себе, ее квартире и коте. Борющаяся часть личности Кати верит, что девушка сумеет правильно выбирать отношения и утешить части личности, которые испытывают боль или отвержение со стороны других, прежде чем их имплицитные воспоминания будут спровоцированы триггером и хлынет поток чувств. В свою очередь Катя верит, что эта часть поймет, когда люди ею пользуются или ожидают слишком много от нее. Теперь, с улучшенной коммуникацией и сотрудничеством между фрагментами, Катя может прислушиваться к предупреждениям борющейся части и устанавливать границы, прежде чем та среагирует агрессивно на потенциальную угрозу. Ее способность утешать привязывающуюся часть ослабляет чувство одиночества и уязвимости, что позволяет борющейся расслабиться и дать ей действовать.

Тренируясь “спрашивать внутри”, Катя училась вести диалог с борющейся частью вместо интерпретации ее поведения, пока не поняла, почему та была так твердо намерена повести ее по пути саморазрушения, даже если это означало “карцер” в закрытом отделении государственной больницы. Когда борющаяся часть признала, что ее главная задача — защищать ее от любой привязанности, даже к родителям, Катя начала понимать, что происходило в последние годы. Зная, как сильно она и ее привязывающийся фрагмент жаждали близости, она сразу же поняла, что нужно сделать, чтобы жить так, как хочется, а не так, как диктовал ей травматический опыт. После многих почти успешных попыток умереть стало ясно, что борющаяся часть не сдастся и в конце добьется своего, если ничего не сделать.

Сегодня Катя зависит только от своего кота в плане регуляции поступков и эмоций. Она не принимает психиатрические препараты, больше не ходит на терапию и не состоит на учете в Департаменте психического здоровья. По всей видимости, части ее личности чувствуют себя в безопасности с ней настолько, что даже позволили девушке завести страницу в “Фейсбуке”, где та может общаться с другими и рассказывать свою историю выживания и освобождения. Когда пациентка оказалась прикреплена к новой “программе терапии”, разработанной мною в больнице, пилотной версии того, что позже стало подходом TIST, она сразу почувствовала гордость: она не больна; ее ранили, и теперь она получает особые услуги. С базовым пониманием травмы, которое помогло ей воспринимать собственные симптомы как логичные и значимые, она чувствовала себя менее никчемной. Когда Катя была “пациентом с травмой”, к ней относились не только как к человеку, нуждающемуся в препаратах, средствах усмирения и комнате с мягкими стенами, но и как к кому-то разумному и способному поучаствовать в собственном исцелении. Она повторяла персоналу: “Мне была нужна программа лечения травмы, и я наконец-то ее получила!”

Возможность изменить отношение к собственным симптомам, понимать их как последствия травмы и экстернализовать их как коммуникацию частей — все это помогло Кате “отделяться” от частей и “перестать идентифицироваться” с ними вместо интерпретации их поступков и реакций как своих. Она смогла дифференцировать свое желание работать терапевтически как доказательство существования разумной и мотивированной личности и испытать большее единство

с персоналом, желающим помочь ей. Она перестала слепо “верить” чрезмерно опасливым подозрениям борющейся части или отчаянному желанию контакта и валидации привязывающейся. Когда Катя идентифицировалась с личностью, продолжающей нормальную жизнь без потери сострадания и верности детским частям, они немного расслабились. Этого было достаточно, чтобы она начала реагировать на триггеры не столь интенсивно и проще распознавала, чем была на самом деле. Процесс отделения “человека, которым она должна была быть”, от поступков и ответов частей и обучения эффективного регулирования их реакций для препятствования агрессии борющейся части заняло несколько лет. Некоторые из работников больницы также ознакомились с моделью TIST. Они стали помогать Кате переводить ее эмоции на язык частей личности, связывать их с чувствами и импульсами частей, испытывать эмпатию по отношению к фрагментам и справляться с риском суицида, пока она с помощью нашей команды не научилась избегать подчинения борющейся части и помогать частям своей личности.

Утешая уязвимых, чувствуя защитников

На примере Кати видно, что суицидальные и саморазрушительные части обычно активируются дистрессом детских частей, ассоциирующихся с опытом травматической привязанности. В модели TIST основное внимание уделяется не подавлению импульсов борющейся и убегающей частей. Фокусом является предугадывание и успокоение эмоциональной активности юных, уязвимых частей до того, как борющаяся и убегающая вступят в действие. Сначала клиенту помогают распознать признаки и симптомы расстроенных детских частей, поскольку, прежде чем он научится “помогать” им, их появление можно использовать для предугадывания небезопасных ситуаций. Терапевт должен смоделировать осознанное наблюдение за “эффектом домино”, паттерном, где спровоцированные триггером части пробуждают другие части, те — следующие, пока дело не дойдет до борьбы или побега.

Я решила, что важно обратить внимание Терри на замеченную мною связь между ее суицидальными наклонностями и отвергнутой детской частью ее личности. Поскольку я считаю, что своевременность и готовность значат

все в психотерапии, я прождала несколько месяцев, до того момента, пока Терри не выразила *свою* тревогу о возможности будущих кризисов: "Начальник сказал, что не сможет оставить меня на работе, если меня снова положат в больницу. Неважно, насколько я хороший работник. Не знаю, что делать. Не могу пообещать ему, что больше не попытаюсь покончить с собой!"

Я. Хм... Это и впрямь серьезная проблема, не так ли? Возможно, есть способ ее решить. Я наблюдаю паттерн: вы когда-либо замечали, что суицидальная часть активизируется, когда у депрессивной 13-летней наступают тяжелые времена? Я знаю, вы пытаетесь игнорировать ее, чтобы эффективно работать, но, мне кажется, игнорирование напоминает ей о том, как ее никто не замечал, и она чувствовала себя никому не нужной. Кажется, суицидальную часть стоит поблагодарить за то, что по крайней мере она прислушалась к 13-летней! Я не думаю, что суицидальный фрагмент хочет умереть или убить кого-либо, но она четко заявляет, что не останется страдать.

Сначала Терри отмахнулась от этой теории и настояла, что частей личности у нее не было. Тем не менее я продолжала присматриваться к признакам усугубления депрессий, чтобы предупредить Терри о скором пробуждении суицидальной части.

В данном конкретном случае депрессивная часть оказалась очень точным барометром для предугадывания внезапных импульсивных действий суицидальной, что почти всегда приводило к попыткам госпитализации. Тринадцатилетней части можно было помочь, признав ее дистресс до того, как разразится кризис. Это позволяло предотвратить ее попытки самоубийства, а значит, угрозы работе и жизни.

Часто депрессивные части являются триггерами рискованного поведения. Иногда части, коммуницирующие через воспоминания, подстрекают борющуюся и убегающую. Тело и эмоциональные воспоминания детских частей вторгаются в сознание части, продолжающей нормальную жизнь, чтобы поведать: они боятся, что им снова причинят боль, что им никто не поверит, что им нужна защита. Соматическое сообщение о небезопасной ситуации может пробудить борющиеся части и подтолкнуть их к принятию защитных мер, например покончить с риском когда-либо снова испытать боль. Стыдящиеся фрагменты

также провоцируют борющуюся часть, что вызывает болезненную уязвимость, невыносимую той, чей биологический императив — получить контроль над врагом. Если терапевт может предугадать риск заранее и помочь части личности клиента, продолжающей нормальную жизнь, успокоить детские части, убедить их, что они больше не одни, риск импульсивного поведения значительно уменьшается. Клиентов обучают технике внутреннего диалога (см. приложение В) и просят практиковать ее во время сессий, пока их способность регулировать невыносимые чувства не укрепляется настолько, что они начинают применять ее самостоятельно, без терапевта.

“Никакие части не бросаем”

“Никакие части не бросаем” — девиз, которому учат клиентов, и стандарт, которому они должны соответствовать. Данный стандарт бросает вызов стратегии выживания, состоящей в самоотчуждении. Насколько функциональной ни была бы часть личности, продолжающая нормальную жизнь, ей не позволено бросать части, ответственные за выживание. Стыдящаяся, испуганная, страдающая от зависимости, расстройства пищевого поведения или суицидальных наклонностей, злая часть — все они заслуживают уважения и сострадания.

Когда клиента в терапии просят придерживаться стандарта “никакие части не бросаем”, угроза быть покинутым, настолько же ужасающая для детей, как угроза уничтожения, исчезает. Части слышат, как терапевт выступает от их имени, и получают исцеляющий опыт: их кто-то услышал. Я знаю, что часть личности, продолжающая нормальную жизнь, тоже станет испытывать благодарность, когда ее привязанность к другим фрагментам возрастет. Как знает каждый родитель, обеим сторонам хорошо, когда тебя любит маленький ребенок. И когда осознанная личность нормальной жизни может интерпретировать имплицитные воспоминания как “просто чувство” или “просто воспоминание” и укрепить свою возможность успокаивать и регулировать “свои” реакции, части начинают чувствовать большую безопасность. Теперь можно установить новую, более безопасную и удовлетворительную внутреннюю обстановку.

В мире, кажущемся более безопасным, пережившие травму могут научиться использовать собственное умение внутренней коммуникации

для совместного создания жизни, которая “должна у них быть”, вместо жизни, продиктованной травмой. Каждый фрагмент может играть важную роль после травмы. Они не только предлагают защитные реакции выживания, но и прочие важные ресурсы, связанные с их особенными ролями. Реакция борьбы, например, дает повышение энергии, “стержень”, уверенность, “хребет”, отказ сдаваться, способность защищать свои права и привилегии. Когда продолжающая нормальную жизнь личность учится просить борющийся фрагмент “дать мне смелость отказать” или “дать силы стоять на своем”, в ядре или хребте возникает прилив энергии или сил. Теперь у фрагмента, продолжающего нормальную жизнь, появляются другие ресурсы для изменений и роста; замирающая часть физически чувствует, что защищена; подчиняющаяся не “используют” окружающие, и находится энергия для противостояния ее депрессивному гиповозбуждению; убегающей части не приходится сбегать и прятаться, поскольку части находятся в безопасности “здесь и сейчас”.

Роберт был высоким и худым мужчиной 70 лет. Еще с двадцати лет его преследовали голоса, предупреждающие, что его кто-то хочет убить. Когда-то отец Роберта чуть не забил насмерть мать мальчика у него на глазах. Страх быть убитым стал ему привычным, и для маленького ребенка единственным успокоением стало желание смерти. Он не покончил с собой, даже когда желание было очень сильно, потому что был ревностным католиком.

Я помогала ему выживать 2 года. Потом я попрощалась с ним в больничной палате, где Роберт умирал от терминального рака. Исполнение его “желания” было в руках пациента, и тот испытывал ужас. “Всю свою жизнь я хотел умереть — но теперь, когда я действительно умираю, мне страшно — желание смерти давало мне контроль — смерть его отбирает”. Я помню его мудрость, хоть с момента нашего прощания и прошло уже 20 лет: желание умереть связано с желанием контроля, а не смерти.