

Содержание

Об авторах	23
Авторский коллектив книги	24
Предисловие	31
Благодарность	39
Раздел 1. Общие данные	41
Глава 1. Определение и понимание комплексной травмы и комплексного посттравматического стрессового расстройства	43
Комплексные травматические стрессоры: разные определения концепции	44
КПТСР: противоречия и инновации. Реакции и адаптация при комплексном посттравматическом стрессе	50
Комплексные посттравматические стрессовые расстройства (КПТСР)	54
КПТСР во взрослом возрасте	54
КПТСР в детстве: риски на всю жизнь	58
Эволюционный травматический стресс	62
Рекомендации по лечению, научно обоснованные методы лечения, лучшие клинические руководства по лечению	64
Научно обоснованные методы лечения	67
Современные передовые методы психотерапии КПТСР	68
Адаптация научно обоснованных методов лечения ПТСР к комплексному ПТСР. Что делать терапевту?	74
Практические рекомендации по психотерапии ПТСР. Применимы ли они к КПТСР?	76
Глава 2. Эволюционная нейробиология	81
Адаптация к стрессу: общая основа для обучающегося мозга и выживающего мозга	83
Как адаптивные острые стрессовые реакции переходят в хронические КПТСР	85

Развитие обучающегося мозга и формирование саморегуляции	90
Первый уровень саморегуляции: модуляция возбуждения и гибкость внимания (ствол головного мозга)	92
Второй уровень саморегуляции: гибкость внимания и формирование самоконтроля (средний мозг)	93
Третий уровень саморегуляции: контроль внимания, аффективный контроль и эмоциональная регуляция — основа для формирования осознанной саморегуляции (кора головного мозга)	95
Комплексные травмы и формирование выживающего мозга	98
Происхождение выживающего мозга: (эпи)генетика и нейровизуализация	103
Симптоматика — подход к изучению КППТСР	107
Заключение	109
Глава 3. Передовые методы психотерапии для взрослых	111
Комплексная психологическая травма, комплексная реакция, комплексное лечение	112
Комплексная психологическая травма	112
Комплексная реакция на травматический стресс	112
Комплексное лечение	114
Философские основы лечения комплексных посттравматических стрессовых расстройств	115
Уважение к человеку	116
Расширение возможностей лечения на основе сильных сторон пациента	118
Терапевтический альянс	120
Травма-информированная помощь	122
Профессиональная подготовка и аттестация, постоянная супервизия и консультирование	123
Лучшие методы оценки КППТСР	125
Лучшие методы лечения КППТСР: 30 принципов	130
Заключение	157
Глава 4. Терапевтический альянс и управление рисками	159
Опыт отношений у пациентов с КППТСР	161
Научно обоснованная реляционная психотерапия	164
Навыки, отношения или и то и другое?	166
Рабочий альянс	169

8 Содержание

Составляющие рабочего альянса с клиентом	
с комплексной травмой	170
Доверие и проверка	170
Обвинение и поведение	171
Стыд и симптомы	172
Последовательность и связь	173
Сдержанность	174
Манеры поведения	175
Осознанность	175
Профессионализм	176
Области риска и управление ими	180
Дополнительные инструменты для преодоления рисков	189
Ведение записей	189
Когда содержание косвенно говорит о процессе	190
Обсуждение будущего	190
Терапевтический тупик	190
Завершение отношений на позитивной ноте	191
Коммуникация после терапии	192
Результат	193
Благодарность	193

Глава 5. Научно обоснованная психологическая оценка	
последствий комплексной травмы	195
Как установить диагноз комплексной травмы?	197
Факторы, которые дополнительно осложняют	
комплексные травмы	198
Комплексные посттравматические последствия	199
Роль оценки при лечении травмы: лечение, основанное на оценке	200
Психометрические тесты	201
Подходы к оценке комплексной травмы у взрослых пациентов	202
Самоотчеты для взрослых	203
Широкополосные тесты для скрининга психопатологии	203
Измерение посттравматических последствий	204
Методы оценки соматизации	209
Инструменты, которые использует клиницист	213
Многосекторные диагностические опросы	213
Интервью с клиницистами, которые специализируются	
на травмах	215

Инструменты для оценки диссоциативных симптомов и расстройств	217
Другие измеряемые клиницистами инструменты, имеющие отношение к комплексной травме	218
Рекомендации	219
Заключение	220
Примечание	221

Глава 6. Оценка и лечение комплексных диссоциативных расстройств	223
Определения диссоциации в литературе	223
Изменения во внимании и осознании настоящего момента	224
Физиологическое отключение	225
Деперсонализация и дереализация	226
Первоначальное определение диссоциации.	
Разделение личности	227
Корни структурной диссоциации	229
Оценка диссоциативных расстройств	231
Амнезия	231
Шнайдеровские симптомы	232
Другие интрузии и потери	233
Другие проблемы с диссоциативной основой	234
Дифференциация между эго-состояниями, пограничными режимами и диссоциативными частями	235
Инструменты для оценки OSDD-1 и DID	236
Краткий обзор лечения	237
Фаза 1. Стабилизация	239
Фаза 2. Интеграция травматических воспоминаний	242
Фаза 3. Дальнейшая интеграция личности и реабилитация	243
Заключение	243

Глава 7. Культурное смирение и духовная осознанность	245
Несколько слов о терминологии	248
Понятие культурного смирения. Точки зрения и мировоззрения	249
Этический эпистемологический подход к пониманию культуры и идентичности	250
Смена парадигмы. Эмические эпистемологические подходы к пониманию культуры и идентичности	252

Предвзятость: ваша, моя, наша общая	254
Аверсивная предвзятость	256
Понимание привилегий	259
Репрезентация. Перенос, контрперенос	263
Диверсификация касается каждого: модель ADDRESSING	266
Травма: другая многогранная идентичность	268
Травма и развитие идентичности	270
Терапия в реальном мире	272
Заключение	273

Глава 8. Новые взгляды на викарную травматизацию и комплексную травму	275
Определение	276
Способствующие факторы	280
Предполагаемый механизм, лежащий в основе викарной травматизации	281
Индивидуальные подходы к преодолению и трансформации викарной травматизации	282
Социальная поддержка	283
Профессиональная консультация	283
Духовное обновление и викарная трансформация	284
Самоотверженная забота о себе	285
Устойчивые основы работы	285
Организационные подходы и последствия политики (учреждений)	291
Заключение	294

Раздел 2. Научно обоснованные индивидуальные методы и модели лечения

Глава 9. Экспозиционная терапия	297
Обзор экспозиционной терапии	297
Теория переработки эмоциональной информации	301
Эмпирическое обоснование экспозиционной терапии	302
Ключевые клинические особенности экспозиционной терапии, которые относятся к комплексным травматическим стрессовым расстройствам	304

Содействие и поддержание вовлеченности пациента в экспозиционную терапию	304
Роль терапевтического альянса в экспозиционной терапии	305
Работа с симптомами комплексного травматического стресса в экспозиционной терапии	307
Применение навыков экспозиции в реабилитационных службах	309
Пример клинического случая, иллюстрирующий применение экспозиционной терапии для человека, пережившего многократное сексуальное насилие в детстве	309
Рекомендации по использованию экспозиционной терапии при комплексном травматическом стрессовом расстройстве	317
Проработка реакций и эмоций клиента	317
Помощь пациенту в управлении диссоциативными реакциями	319
Улучшение осознания и принятия телесных состояний пациентом	319
Содействие вовлечению в поддерживающие отношения	320
Выявление и управление рисками безопасности	320
Заключение	321
Глава 10. Когнитивная терапия	323
Когнитивная терапия для лечения ПТСР	323
Эмпирическое подкрепление	328
Процедуры лечения	330
Формат лечения	330
Терапевтический стиль и терапевтические отношения	330
Формулировка случая, психообразование и планирование лечения	331
Возвращение/восстановление жизни пациента	334
Дискриминация стимулов	334
Актуализация воспоминаний о травме	335
Устранение нежелательного поведения и диссоциации	337
Дальнейшая работа с образами	338
Повторное посещение места травмы	339
Пример клинического случая	339
Описание случая	339
Лечение	340
Протокол сеанса	343

12 Содержание

Комментарий к примеру клинического случая	347
Создание альянса	347
Работа с риском	347
Коморбидные социальные и психологические проблемы	348
Работа в культурном контексте	349
Работа с воспоминаниями о множественных травмах	350
Работа с долгосрочными убеждениями	350
Виртуальное посещение места происшествия	351
Заключение	352
Благодарность	352
Глава 11. Когнитивно-процессинговая терапия	353
Эволюция когнитивно-процессинговой терапии	354
Доказательства в пользу КПрТ	355
Клиническое применение КПрТ при комплексном ПТСР	358
Вовлечение клиента в КПрТ	358
Терапевтические отношения в КПрТ	359
Работа с симптомами комплексного ПТСР в КПрТ	360
КПрТ и переработка травмы	363
Пример клинического случая	364
Сеанс 1 КПрТ. Выбор индексной травмы и работа с избеганием	364
Сеанс 3 КПрТ. Решение проблем, связанных с эскалацией симптомов	367
Сеанс 4 КПрТ. Сократический диалог, который нацелен на ассимилированные тупиковые точки	369
Сеанс 6 КПрТ. Раскрытие новой травмы	370
Сеанс 12. Заключительные выводы о результатах	373
Комментарий к примеру клинического случая	375
Заключение	376
Глава 12. Краткая эклектическая терапия	377
Ключевые клинические особенности КЭПТ, которые относятся к КПТСР	381
Пример клинического случая	384
Ключевое травматическое событие	384
Лечение по программе КЭПТ	387

Клиническая тактика модели КЭПТ	390
Работа с дисрегуляцией, которая касается недоверия, отрешенности, гнева, горя и стыда	390
Помощь пациенту в восстановлении после диссоциативных эпизодов/флэшбэков	394
Повышение осознанности и принятие пациентом телесных и эмоциональных состояний	395
Содействие активному вовлечению пациента в поддерживающие отношения	398
Выявление и управление рисками безопасности	399
Заключение	399
Глава 13. Десенсибилизация и переработка движением глаз	401
Эволюция психотерапии: от ДДГ к ДПДГ и к ДПДГ-терапии	403
Эмпирические доказательства в пользу ДПДГ-терапии	405
Ключевые клинические особенности: восемь фаз ДПДГ-терапии	409
Сбор анамнеза и планирование лечения	409
Подготовка	411
Оценка	413
Десенсибилизация	413
Установка	416
Сканирование тела	416
Завершение	417
Переоценка	417
Трехкомпонентный протокол: прошлое, настоящее и будущее	418
Принятие комплексных решений: выбор целей, последовательность терапевтических вмешательств и адаптация стандартного протокола для лечения КПТСР	418
Пример клинического случая	421
Сеанс 9	423
Комментарий к примеру из клинического случая	429
Заключение	431
Глава 14. Нарративная экспозиционная терапия	433
Обоснование для НЭТ	435
Доказательства в пользу НЭТ	438
Последовательность терапевтических инструментов при НЭТ	440

Каким образом НЭТ облегчает и поддерживает вовлечение пациента в лечение?	443
Нарушение автобиографической памяти	443
Вера в то, что травма реальна в настоящем	444
Страх перед напоминанием и переживанием болезненных состояний и страх потерять контроль над своим психическим состоянием	444
Внутренний конфликт между потребностью в общении и мнимой некоммуникабельностью вследствие травмы	445
Неурегулированная самоидентификация “Кто я?”	446
Самоповреждения/намеренное самотравмирование и диссоциация	446
Сопутствующие чувства стыда и вины	448
Трудности в отношениях	449
Страх перегрузить терапевта диссоциацией/флэшбэками	449
Опасения терапевтов и пациентов по поводу причинения вреда, преждевременного завершения курса терапии или усугубления симптомов	450
Страх быть покинутым фигурой привязанности/невозможность отпустить терапевта	450
Пример клинического случая	451
Отрывок 1 из экспозиционного сеанса 1.	
Мой отец издевался надо мной	453
Отрывок 2 из экспозиционного сеанса 4.	
Знакомство с управляющей публичным домом	454
Отрывок 3 из экспозиционного сеанса 6.	
Отказ от секса с клиентом	455
Отрывок 4 из экспозиционного сеанса 10.	
Потеря моего ребенка	457
Ключевые моменты терапии	459

Глава 15. Эмоционально-фокусированная терапия	461
Комплексная травма	461
Источники нарушений, которые находятся в центре внимания ЭФТТ	462
Особенности ЭФТТ	463
Исследовательская поддержка ЭФТТ	467
Модель лечения ЭФТТ	471
Фазы и задачи	471

Пример клинического случая	478
Заключение	484
Глава 16. Интерперсональная психотерапия	487
Происхождение и структура ИПТ	488
Структура ИПТ	489
ИПТ для ПТСР: теоретические основы и отличия от ИПТ при депрессии	491
Доказательная база и эффективность ИПТ при ПТСР	494
Ключевые клинические особенности ИПТ, которые относятся к комплексной травме	495
Цели ИПТ при лечении комплексной травмы	495
Вовлечение пациента и терапевтические отношения	497
Переработка воспоминаний о травме	498
Пример клинического случая	499
Предыстория	499
Оценка психического статуса	501
Начальные сеансы	501
Средние сеансы	502
Завершающие сеансы	505
Комментарий к примеру клинического случая	506
Заключение	511
Глава 17. Когнитивно-поведенческая терапия	513
Обзор исследований в области КПТ при комплексных посттравматических стрессовых расстройствах	515
Клиническое применение КПТ для лечения КПТСР	517
Создание безопасности	517
Эмоциональная дисрегуляция и диссоциация	517
Улучшение самоощущения и взаимоотношений	518
Переработка воспоминаний о травме	518
Примеры клинических случаев	519
Создание безопасности	519
Развитие навыков эмоциональной регуляции и навыков межличностных отношений	522
Переработка воспоминаний о травме	530
Комментарий к примерам клинических случаев	539
Заключение	540

Глава 18. Регулирование аффекта при травме: руководство по обучению и терапии	541
Клиническое и научное обоснование TARGET	542
Доказательная база TARGET как метода лечения ПТСР/КПТСР	548
Ключевые клинические особенности TARGET, которые относятся к ПТСР	550
Дисрегуляция аффекта	555
Физиологическая дисрегуляция	555
Дисрегуляция внимания и когнитивных функций	556
Поведенческая дисрегуляция	556
Реляционная дисрегуляция	557
Саморегуляция	558
Деморализация (потеря надежды и веры)	558
Пример клинического случая	565
Комментарий к примеру клинического случая	569
Инфраструктура распространения для TARGET	571
Раздел 3. Групповые/совместные модели терапии	573
Глава 19. Групповая терапия	575
Клинические заключения при проведении групповой терапии при ПТСР	576
Обзор	576
Отбор и подготовка участников группы	577
Форматы групп	580
Вовлечение участников группы и восстановление или поддержание безопасности	581
Психообразование	582
Основные правила	583
Стабилизация	584
Повышение сопротивляемости	586
Переработка воспоминаний о травме	586
Терапевтический подход	587
Вероятная групповая динамика	588
Данные исследований о результатах групповой терапии при ПТСР	591
Групповая терапия для пациентов, которые пережили сексуальное насилие в детстве	592

Групповая терапия для других подгрупп с историей комплексной травмы	595
Пример клинического случая	597
Ранняя фаза групповой работы: психообразование, вовлечение и терапевтический альянс	597
Заключение	605
Глава 20. Основанная на привязанности терапия для пар, в которой оба партнера имеют травму	607
Подходы ЭФТ к работе с травмой	608
Модели привязанности у детей и взрослых: организованные стратегии	610
Дезорганизующая привязанность и симптомы комплексной травмы	611
Приближение-избегание	612
Диссоциация и обмен ролями между родителем и ребенком	613
Контролирующее поведение	614
Рефлексивное функционирование и эмоциональная дисрегуляция	615
Цели лечения пар, в которых оба партнера имеют травмы	616
Оценка	616
Альянс и вовлеченность в лечение	618
Негативный стереотипный цикл взаимодействия	619
Эмоциональная регуляция	620
Диссоциация и рефлексивное функционирование	620
Воспоминания о травме	621
Пример клинического случая	622
Комментарий к примеру клинического случая	629
Заключение	629
Глава 21. Системная семейная терапия	631
Комплексная травма и семейные системы	632
Лечение внутрисемейной комплексной травмы	633
Семейная терапия при внесемейной комплексной травме	639
Основополагающие концепции теории семейных систем	641
Системная семейная терапия при ПТСР и КПТСР	647

Доказательная база для системной семейной терапии при ПТСР и КПТСР	650
Пример клинического случая	654
Родители	655
Семья	656
Кризис	656
Первоначальная оценка	657
Терапия супружеской пары. Первые сеансы	657
Семейная терапия	660
Комментарий к примеру клинического случая	663
Заключение	664
Глава 22. Лечение комплексной травмы и аддикций	665
Клиническое обоснование и доказательная база для интегрированной схемы лечения	666
Содействие вовлечению и альянсу в рамках интегрированного лечения	670
Основные клинические цели и методы в рамках интегрированного лечения	672
Пример клинического случая	677
Комментарий к примеру клинического случая	680
Интегрированная оценка и планирование лечения	680
Интегрированное лечение: снижение вреда и повышение вовлеченности	682
Комментарии и прогресс в лечении	687
Заключение	690
Раздел 4. Новаторские модели психотерапии	691
Глава 23. Сенсомоторная психотерапия	693
Эволюция сенсомоторной психотерапии	695
Особенности СП для лечения комплексных травм	697
Встроенная реляционная осознанность	698
Одновременное использование нисходящей и восходящей терапии	700
Диссоциация и тело	703
Фазово-ориентированное лечение	704

Пример клинического случая	705
Фаза 1. Лечение	706
Фаза 2. Лечение	714
Фаза 3. Лечение	719
Заключение	725
Благодарность	726
Глава 24. Эмпирическая психотерапия	727
Отчуждение от своего “я”	728
Последствия травматической привязанности	730
Преимущества работы с частями “я”	732
Преодоление отчуждения от своего “я”	734
Симптомы — коммуникация между частями	735
Работа “без слов”	737
Приглашение частей “в настоящее время” вместо “возвращения в прошлое”	737
Пример клинического случая	738
Разрыв и восстановление внутренних отношений привязанности	742
Заключение	747
Глава 25. Подходы, основанные на осознанности	751
Что такое осознанность?	751
Эволюция терапии, основанной на осознанности	752
Как интегрировать обучение осознанности в психотерапию?	754
Обзор доказательной базы	756
Как методы и практики, основанные на осознанности, могут облегчить симптомы комплексного ПТСР?	759
Примеры клинических случаев	763
Джейсон	764
Марк	766
Таня	769
Заключение	771
Глава 26. Дополнительные методы лечения	773
Йога	776
Акупунктура (иглоукалывание)	779

Оценка и лечение комплексных диссоциативных расстройств

КЭТИ СТИЛ
ОННО ВАН ДЕР ХАРТ

В этой главе внимание сосредоточено на двух диссоциативных расстройствах, которые проявляются характерными диссоциативными симптомами и включают разделение или расщепление “я” и идентичности. Эти комплексные расстройства считаются крайними реакциями на травму развития и требуют особого подхода к лечению. Они включают диссоциативное расстройство идентичности (dissociative identity disorder — DID) и другие специфические диссоциативные расстройства типа 1 (other specified dissociative disorder — type 1 — OSDD-1) [*American Psychiatric Association*, 2013]. OSDD включает в себя разнообразный спектр из четырех диссоциативных проблем, при этом OSDD-1 очень похож на DID, но с менее выраженными симптомами. Поскольку в настоящее время диссоциативными считаются очень многие явления, в этой книге будет кратко рассмотрено несколько определений диссоциации, поскольку они имеют различные рекомендации по лечению. В этой главе также будет представлен краткий обзор оценки и лечения OSDD-1 и DID.

Определения диссоциации в литературе

Изначально более века назад описание понятия “диссоциации” было ограниченным. Но со временем под понятие попадали все новые и новые симптомы — расщепление личности, включая чувство

“я” и идентичность [Janet, 1907]. Диссоциация была определена как: 1) “нормальный” опыт, при котором внимание уделяют таким феноменам, как поглощенность, отрешенность и вовлеченность воображения; 2) физиологически сниженное возбуждение, которое приводит к отключению от текущих переживаний; 3) широкий спектр симптомов деперсонализации и дереализации; и 4) “патологический” тип, который включает связанное с травмой разделение личности и идентичности.

Изменения во внимании и осознании настоящего момента

Это определение, которое иногда называют “нормальной” диссоциацией, включает в себя различные проявления изменений в сознании и внимании, такие как: поглощенность (чрезмерная сосредоточенность на мыслях или деятельности, при которой человек не замечает окружения); отрешенность (ни о чем не думает и не замечает окружения); рассеянность, которая приводит к забывчивости и невнимательности; чрезмерная мечтательность и другие виды вовлеченности воображения [Dalenberg & Paulson, 2009; Holmes et al., 2005]. Эти явления считаются “нормальными”, поскольку все люди испытывают их в повседневной жизни, особенно когда устали, больны, озабочены, подвержены стрессу или настолько сосредоточены на чем-то одном (например, на чтении интересной книги или размышлении о неприятном общении с кем-то), что не замечают или не регистрируют другие события вокруг. Они встречаются как в нормальной, так и в клинической выборке, и поэтому не являются специфическими для диссоциативных и других связанных с травмой расстройств, хотя обычно присутствуют при этих расстройствах. В то время как изменения в сознании обычно присутствуют при OSDD-1 и DID, они сами по себе недостаточны, чтобы вызвать или полностью объяснить широкий спектр психических и соматических симптомов диссоциации, которые характерны для этих двух расстройств.

Лечение изменений в осознании настоящего момента

Лечения изменений в осознании настоящего момента находятся в “нормальном” диапазоне, они не требуют никакого лечения. Необходимо вернуть концентрацию на настоящем и обеспечить заботу о себе, чтобы устранить стресс, усталость, болезнь или склонность к рассеянности и поглощенности. Лечение серьезных и хронических

проблем, которые мешают ежедневному функционированию, таких как хроническая погруженность в мысли, отрешенность и дезадаптивная мечтательность [Somer, 2002; Somer & Herscu, 2017], в первую очередь включает в себя тренировку внимательности и развитие эффективного функционирования. Эти навыки настоятельно рекомендуется развивать людям, пережившим травму. Но только этого недостаточно для лечения OSDD-1 и DID [Steele, Dorahy, Van der Hart, & Nijenhuis, 2009].

Физиологическое отключение

Диссоциация также описана в некоторых литературных источниках как физиологическое отключение или крайнее гиповозбуждение, которое вызвано чрезмерной парасимпатической активацией [Porges, 2003, 2011; Schore, 2003, 2012]. Это врожденная защитная реакция против угрозы жизни, которая приводит к быстрой потере энергии и движения (“сигнал”) и в конечном итоге к полному коллапсу или притворной смерти (“обморок”) [Nijenhuis, 2015; Porges, 2003, 2011; Schauer & Elbert, 2010; Steele, Boon, & van der Hart, 2017; Van der Hart, Nijenhuis, & Steele, 2006]. Стивен Порджес (S. Porges) назвал это *реакцией блуждающего нерва* [2003, 2011]. Физиологическое отключение подразумевает серьезный отрыв от осознания настоящего момента. Это часто связано с травмой, поэтому некоторые называют его диссоциацией. Проблема с этим определением заключается в том, что диссоциация также может включать чрезмерное возбуждение, а также дисрегулируемое чередование между гипер- и гиповозбуждением, обычно встречающимся при OSDD-1 и DID. Оно также не включает в себя другие психические и физические симптомы, которые в большинстве литературы описаны как диссоциативные [Steele, Van der Hart, & Nijenhuis, 2009; Steele et al., 2017].

Лечение реакций блуждающего нерва

Лечение реакций блуждающего нерва включает в себя активацию вентральной вагальной парасимпатической системы, которая регулирует нервную систему. Это можно осуществить при помощи: голоса терапевта (спокойного, слегка певучего и повторяющегося) и других звуков, которые активируют вентральную вагальную систему; дыхательных упражнений; соматического подкрепления; конкретной

ориентации на настоящем (например, “Прикоснитесь к ткани дивана, чтобы напомнить себе, что вы находитесь здесь и сейчас и вы в безопасности”); изменения позы или движений, ориентированных на настоящее; а также при активизации любопытства и совместных усилий в отношениях (например, “Давайте вместе найдем способ, который поможет вам почувствовать себя более заземленным”) [Dana, 2018; Ogden & Fisher, 2016].

Деперсонализация и дереализация

К тяжелым и устойчивым симптомам деперсонализации и дереализации можно отнести внетелесные переживания, соматические и перцептивные искажения, ощущение себя как во сне или на сцене, а также замедленное ощущение времени до, во время или сразу после травматического опыта [Bryant & Harvey, 2000]. Эти симптомы — отличительные признаки деперсонализационного расстройства [American Psychiatric Association, 2013]. Они характерны для острого перитравматического опыта [Bryant & Harvey, 2000] и включены в критерии острого стрессового расстройства и OSDD типа 3 [American Psychiatric Association, 2013]. Деперсонализация также является одним из основных критериев для определения нового диссоциативного подтипа ПТСР, который в настоящее время включен в пятое издание *Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам* (DSM-5) [American Psychiatric Association, 2013; Lanius, Brand, Vermetten, Frewen, & Spiegel, 2012].

Более краткосрочные симптомы деперсонализации распространены повсеместно. Они встречаются при многих психических расстройствах [Aderibigbe, Bloch, & Walker, 2001; American Psychiatric Association, 2013], а также в общей выборке, как эпизодические явления в периоды стресса, болезни или усталости [Catrell & Catrell, 1974].

Лечение деперсонализации

Лечение деперсонализационного расстройства — сложная задача. На сегодняшний день не существует научно обоснованного лечения. Лечение диссоциативного подтипа посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) заключается в обучении пациента умению распознавать эмоции и проявлять устойчивость к стрессу. Пациента следует также обучить навыкам эффективного функционирования,

наряду с навыками осознанности и заземления, которые обычно считаются навыками стабилизации. В целом, сочетание динамической психотерапии, когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), тренинга навыков и медикаментозного лечения может быть полезным как при устойчивых симптомах деперсонализации [Simeon & Abugel, 2006], так и при диссоциативном подтипе ПТСР.

Первоначальное определение диссоциации. Разделение личности

Диссоциация была первоначально описана Пьером Жане как понятие *истерии*. Это устаревший термин для того состояния, которое сегодня считается широким спектром расстройств, связанных с травмой. Оно включает не только OSDD-1 и DID, но и соматоформные диссоциативные расстройства, описанные в *Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10)* [World Health Organization (WHO), 1992]. Жане отмечал, что истерия — это интегративный сбой, который “характеризуется сужением сферы личного сознания и тенденцией к диссоциации и высвобождению систем идей и функций, которые составляют личность” [Janet, 1907, p. 332]. Таким образом, в первоначальном определении отмечается, что изменения в сознании — необходимый компонент диссоциации. Но также необходимо разделение личности — явление, которое не признают в более поздних определениях диссоциации. Изменения в сознании включают только компоненты внимания и, возможно, восприятия. Первоначальный термин “диссоциация” охватывает всю личность, включая внимание, когнитии, эмоции, соматические переживания, восприятие, прогнозирование и системы смысла и идентичности [Nijenhuis & Van der Hart, 2011; Steele et al., 2009, 2017].

Из-за различий в лечении среди множества явлений, которые в клинической литературе называли диссоциацией, было выделено понятие структурной диссоциации (личности), первоначально описанное Жане. Структурная диссоциация подразумевает разделение внутренних организаций или структур подсистем внутри целостной системы личности индивида, которым не хватает адекватной связности и согласованности, — это *диссоциативные части личности* [Boon, Steele, & Van der Hart, 2011; Nijenhuis, 2015; Steele et al., 2017; Van der Hart et al., 2006]. Этот термин подчеркивает, что диссоциация происходит на уровне

личности, а не является простой изоляцией аффекта или, например, потерей внимания. Для этих подсистем существует множество других названий, таких как альтеры, альтернативные личности или идентичности, диссоциативные состояния, разъединенные состояния “я”, я-состояния, эго-состояния, я-аспекты и части “я”. Независимо от того, как их называть, эти подсистемы способствуют возникновению особого ощущения “я” и точки зрения у индивида при диссоциативных расстройствах. У них достаточно закрытые (но все же полупроницаемые) границы между собой. И, в принципе, они могут взаимодействовать друг с другом. Они используются при общении с окружающими, в отличие от нормальных подсистем у людей, которые не страдают диссоциативными расстройствами.

Некоторые клиницисты и исследователи задаются вопросом, стоит ли выделять отдельно эти “части” при лечении пациентов. В то же время большинство индивидов с диссоциативными расстройствами отмечают, что эти термины отражают их опыт и помогают им чувствовать, что их понимают. Эксперты в области диссоциативных расстройств пришли к единому выводу в том, что диссоциативные подсистемы не являются отдельными состояниями или личностями внутри одного человека. Поэтому к ним не следует относиться таким образом. Они также не являются простыми ролевыми играми. Скорее, это проявления значительных и хронических нарушений целостности единой личности, включая ощущение себя во времени и в контекстах. Таким образом, системный подход, в процессе которого рассматриваются диссоциативные части как взаимосвязанные подсистемы личности, должен быть фундаментальной основой всех терапевтических методов лечения при OSDD-1 и DID.

Поскольку лечение различается из-за различных особенностей, которые включены в определение диссоциации, для точности этими терминами можно называть изменения в сознании без сопутствующего разделения личности (например, поглощение, отрешенность, вовлечение воображения). Следует отличать физиологическое гиповозбуждение от диссоциативных симптомов как таковых и от диссоциативных расстройств. Больше внимания следует уделять соматоформным диссоциативным симптомам, которые выделены в МКБ-10 [WHO, 1992]. Симптомы деперсонализации и дереализации следует отличать от нарушений идентичности в OSDD-1 и DID.

Корни структурной диссоциации

Нормальная интеграция “я” и личности — это непрерывное развитие [Putnam, 1997], которое требует постоянного обновления и адаптации на протяжении всей жизни человека [Damasio, 1999; Janet, 1929; Schore, 2003]. Диссоциативное разделение при OSDD-1 и DID не позволяет человеку осуществлять нормальное обновление, которое способствует адаптации личности и единому автобиографическому ощущению себя во времени, ситуациях и при переживаниях. Вместо этого каждая диссоциативная часть организована фиксированными и довольно ограниченными способами мышления, ощущения, восприятия и поведения. Они невосприимчивы к нормальным изменениям и обновлению. Человек без дальнейшего развития навыков не в состоянии интегрировать эти несоответствующие части в свою личность и в единое всеобъемлющее ощущение “я”. Таким образом, важным моментом в лечении является то, что OSDD-1 и DID — это не просто диссоциативные методы защиты, а скорее нарушения в интеграции “я”, которым нужно время для укрепления эго в терапии.

DID и OSDD-1, вероятно, имеют как психологические, так и биологические основы. Психологическая ценность диссоциации заключается в том, чтобы избежать осознания и ответственности за то, что воспринимается как невыносимое. С биологической точки зрения, структурная диссоциация, по-видимому, происходит в контексте эволюции: 1) защита от опасности и угрозы жизни; и 2) функционирование в повседневной жизни благодаря отдельным нейронным сетям, которые обеспечивают и регулируют внимание, восприятие, эмоции, физиологию и поведение [Liotti, 2006, 2009, 2017; Nijenhuis, 2015; Panksepp, 1998; Porges, 2003, 2011; Steele et al., 2017; Van der Hart et al., 2006]. Эти врожденные нейронные пути называются *мотивационными*, или *системами действия*, поскольку они побуждают индивида действовать определенным образом. Они опосредуются первичными аффектами, направляют индивида к воспоминаниям, которые увеличивают шансы на выживание, и отводят от опасности и угрозы. Например, большинство систем действия в повседневной жизни направляют нас на про-социальную деятельность: привязанность, сотрудничество, конкуренцию, уход, игру и сексуальность [Lichenberg & Kindler, 1994; Liotti, 2017; Panksepp, 1998; Steele et al., 2017]. Защитные системы против угрозы

включают в себя: бег, бой, оцепенение и обморок (симулирование смерти или коллапс). Системы действий в повседневной жизни и системы защиты вызывают совершенно разные физиологические состояния.

Несколько авторов предположили, что эти две противоположные системы лежат в основе дезорганизованной привязанности и диссоциативных расстройств, таких как OSDD-1 и DID [Liotti, 2006, 2009, 2017; Nijenhuis, 2015; Steele et al., 2017; Van der Hart et al., 2006]. Ребенок, переживший травму, сталкивается с неразрешимой дилеммой. Ему нужно удовлетворить две конкурирующие биологические потребности в привязанности и защите от одного и того же человека, что Мери Мейн и Эрик Хессе (M. Main, E. Hesse) назвали “испугом без решения” [Main & Hesse, 1990], который приводит к разрушению стратегий привязанности и последующему диссонансному чередованию стратегий привязанности и защиты с их очень разными физиологическими, аттенционными, эмоциональными, перцептивными и когнитивными составляющими. Такая ранняя фрагментация делает индивида уязвимым к дальнейшей диссоциации на протяжении всей жизни [Ogawa, Sroufe, Weinfield, Carlson, & Egeland, 1997]. Эти хронические произвольные и негармоничные чередования между несоответствующими системами действий могут объяснить, по крайней мере частично, развитие различных диссоциативных частей [Liotti, 2006, 2009, 2017; Steele et al., 2017; Van der Hart et al., 2006].

Можно сказать, что при OSDD-1 и DID диссоциативные части личности развиваются в относительной изоляции друг от друга, в зависимости от их функциональной организации, посредством либо повседневной жизни, либо систем действий, связанных с угрозой, и посредством избегания подавляющих эмоций, ощущений, значений и воспоминаний. Индивид пытается продолжать повседневную жизнь в диссоциативных частях, которые в основном организованы системами повседневной жизни. Он обычно в значительной степени избегает травмы. Когда индивид руководствуется диссоциативными частями, в первую очередь направленными на защиту от угрозы, он часто заново переживает и воспроизводит травму. При этом он не в состоянии осознать, что она закончилась, и не в состоянии эффективно участвовать в повседневной жизни. Эти два типа частей могут становиться все более разделенными, организованными в соответствии с мотивами, эмоциями и потребностями.

Прежде чем начать эффективное лечение, необходимо провести тщательную оценку диссоциативных расстройств. Ниже приведены основные признаки OSDD-1 и DID.

Оценка диссоциативных расстройств

Основная клиническая проблема для адекватной оценки — недостаточная подготовка клиницистов. Это приводит к проблемам гипер- и недодиагностики [Steele et al., 2017]. Недодиагностика — основная проблема, поскольку большинство клиницистов даже не рассматривают возможность диссоциативных расстройств. Гипердиагностика может возникнуть, когда клиницисты ошибочно воспринимают такие явления, как пограничная динамика, нормальные состояния эго или метафорические состояния “внутреннего ребенка” как диссоциативные составляющие. Это также может происходить, когда у человека проявляется аггравация или фактическое расстройство [Draijer & Boon, 1999; Thomas, 2001].

Диссоциативные симптомы при OSDD-1 и DID качественно отличаются от других расстройств или проблем. Это может помочь в точной диагностике [Boon & Draijer, 1993; Korzekwa, Dell, & Pain, 2009; Rodewald, Dell, Wilhelm-Gößling, & Gast, 2011].

Амнезия

Диссоциативная амнезия — это самостоятельное расстройство, когда отсутствуют другие симптомы диссоциации [American Psychiatric Association, 2013]. Она является необходимым условием при постановке диагноза DID, но обычно встречается при большинстве расстройств, связанных с травмой. Поэтому она не является уникальным маркером DID и OSDD-1. Однако многие люди с DID испытывают не только амнезию в отношении прошлой травмы — относительно распространенное явление среди травмированных людей — но и амнезию в отношении настоящего. Это указывает на то, что диссоциативные составляющие используются неосознанно в повседневной жизни. Когда человек сообщает о значительных трудностях со вспоминанием прошлого или настоящего, клиницистам необходимо различать диссоциативную амнезию и сбои в процессах, связанные с поглощением и отрешением,

поскольку лечение таких случаев будет различаться [Allen, Console, & Lewis, 1999; Steele et al., 2009, 2017].

Текущая амнезия может сопровождаться сообщениями о выполнении значимых действий, о которых человек не помнит (“Я знаю, что я сдал большой отчет моему начальнику, но я не помню, как его делал”); об обнаружении странных вещей среди своих вещей (“Я нахожу в доме окурки, но я не курю и не знаю, как они тут оказались”; “Я распаковал свои покупки и нашел несколько коробок печенья — я даже не люблю печенье!”); или о нахождении надписей или рисунков (“Иногда я нахожу страшные рисунки, как будто их сделал маленький ребенок, с большой надписью «ПОМОГИТЕ» красным цветом”; “Я нашел в своей спальне записки с угрозами, написанными в мой адрес, в которых меня обзывали и говорили, что я заслуживаю смерти”). Люди могут быть не в состоянии вспомнить свои сеансы терапии или значимые события, такие как выпускной, свадьба, рождение ребенка или похороны значимого человека. Некоторые люди сообщают о повсеместной амнезии прошлого (“Я не помню ничего до 16 лет”; “Я помню, как учился в школе, но ничего не помню о жизни дома”; “Я многое помню об отце, но ничего не помню о матери”; “Я просто ничего не помню о периоде моей жизни между 8 и 12 годами”).

Шнайдеровские симптомы

В дополнение к амнезии многие пациенты с OSDD-1 или DID демонстрируют странные внешние проявления диссоциативных частей, которые функционируют во внутренне структурированном мире, работают “за кулисами”, чтобы влиять на человека. Это явление получило название *пассивное влияния* [Kluft, 1987] или *частичная интрузия* [Dell, 2009]. Его можно выявить с помощью вопросов о так называемых “шнайдеровских симптомах” шизофрении [Dell, 2009; Foote & Park, 2008; Kluft, 1987; Steele et al., 2017; Steinberg & Siegel, 2008]. Эти 11 симптомов были первоначально предназначены для идентификации шизофрении. Ведь они чаще встречаются у людей с OSDD-1 и DID. Они включают: 1) слышание голосов, которые комментируют; 2) слышание голосов, которые спорят; 3) зрительные и перцептивные галлюцинации; 4) ощущение, что тело человека контролирует внешняя сила; 5) ощущение, что эмоции — не твои, 6) ощущение, что мысли или 7) импульсы контролирует внешняя сила; 8) ощущение, что присутствует

внешняя сила; 9) ощущение, что внешняя сила цензурирует или отменяет мысли индивида; 10) трансляцию мыслей (например, убеждение в то, что мысли транслируются по радио или телевидению); и 11) галлюцинации. Трансляция мыслей при DID встречается редко. Но другие симптомы довольно распространены. Зрительные галлюцинации, как правило, связаны со флэшбэками или другими интрузиями травмы. Аналогичным образом бредовые идеи обычно связаны с травмой. Например, многие диссоциативные личности испытывают страх, что их обидчик причинит им боль в будущем, хотя этот человек может жить очень далеко или даже быть мертвым. Бред и зрительные галлюцинации обычно проходят после интегрирования травмы.

Слышать голоса

Многие диссоциативные личности, как и многие другие люди с расстройствами, связанными с травмой, имеют слуховые галлюцинации — это “голоса” других частей личности, которые спорят и комментируют внутри индивида. Такой симптом иногда приводит к ошибочному диагнозу психоза. Диссоциативные голоса обычно можно отличить от психотических слуховых галлюцинаций [Dorahy et al., 2009; Foote & Park, 2008; Steele et al., 2017] по следующим признакам: 1) они обычно начинаются в детстве, задолго до типичного начала психоза; 2) они включают голоса детей и взрослых; 3) они включают голоса людей из прошлого пациента; 4) они слышатся регулярно или постоянно, а не периодически; 5) они комментируют человека или ведут о нем разговоры, которые “подслушивает” пациент; 6) они обычно не сопровождаются социальным и профессиональным упадком или признаками нарушения мышления; 7) у них есть ощущение “я”, даже если в некоторых случаях оно очень ограничено; и, самое главное, 8) они могут вступать в диалог с терапевтом и человеком, в отличие от психотических голосов. Проверка реальности у людей с диссоциативными расстройствами обычно не нарушена, и нет никаких признаков нарушения мышления, которые обычно ассоциируются с психозом [Foote & Park, 2008].

Другие интрузии и потери

Многие люди с OSDD-1 и DID испытывают озадачивающие и иногда раздражающие симптомы потери и интрузии (вторжения) в собственный опыт, как психический, так и соматический [Dell, 2006, 2009;

Nijenhuis, 2015; *Van der Hart et al.*, 2006]. Это связано с частичными вторжениями различных диссоциативных частей в сознание. Эти симптомы редко встречаются при других расстройствах. Но они встречаются чаще, чем полные переключения с одной части на другую. Потери могут включать соматические изменения, не связанные с медицинскими показаниями, такие как временный паралич, контрактуру, физическое онемение (анестезию) и неспособность чувствовать боль (анальгезию); глухоту, слепоту, псевдоэпилептические припадки или резкую (но временную) потерю навыка, например, навыка вождения автомобиля или приготовления пищи (см. соматические диссоциативные расстройства в МКБ-10 [*WHO*, 1992]). Психические потери включают внезапную утрату эмоций (“Моя печаль просто исчезла!”) или мыслей (“Эта мысль исчезла”), или цензуру (“Что-то внутри не позволяет мне говорить о моей матери”).

Соматоформные интрузии могут включать интенсивную и необъяснимую боль или другие ощущения, которые внезапно начинаются и заканчиваются без медицинского объяснения (часто в конечном итоге это связано с ощущениями, возникающими во время травматического воспоминания), тики и другие движения (опять же, обычно связанные с травмой). Психические интрузии включают внезапные эмоции или мысли, которые не связаны с текущим моментом и которые клиент отрицает (“Это не мой гнев”; “В моей голове крутится мысль, что ты собираешься причинить мне боль, но она исходит не от меня: я доверяю вам и знаю, что вы не причините мне вреда”).

Другие проблемы с диссоциативной основой

На первый взгляд, структурная диссоциация может имитировать и другие проблемы и расстройства. Например, многие пациенты с комплексной травмой используют самоповреждение как обычную стратегию для преодоления саморегуляции и дистресса. Однако у людей с OSDD-1 или DID самоповреждение также может быть результатом противоречий между диссоциативными частями. Например, человек может переживать, что одна часть режет или причиняет вред другой части в наказание за то, что она рассказала о жестоком обращении и не сохранила молчание, или чтобы успокоить подавленную “детскую” часть, которая внутренне плачет.

Неподготовленному клиницисту сложно отличить структурную диссоциацию от других проблем, таких как биполярное расстройство, пограничное расстройство личности и множество других проблем. Она может лежать в основе хронической депрессии или тревожности, в проблемах со сном и питанием, сексуальных проблемах, зависимостях и т.п. С другой стороны, коморбидные расстройства часто встречаются у людей с травмой развития, включая людей с OSDD-1 и DID. Клиницисты должны определить, является ли расстройство самостоятельным или это симптом основной диссоциации, поскольку лечение в таких случаях будет различным. Например, смены настроения могут быть обозначены как быстроциклическое биполярное расстройство. Но при OSDD и DID быстрые смены настроения могут быть связаны со сменой диссоциативных частей. Поэтому и лечение будет отличаться.

Дифференциация между эго-состояниями, пограничными режимами и диссоциативными частями

Эго-состояния

Работы в области терапии эго-состояний (ego-state therapy — EST) [Watkins & Watkins, 1997], схема-терапии [Young, Klosko, & Weishaar, 2003], а также недавние исследования в области нейробиологии [Putnam, 2016] указывают на то, что осознание себя и чувство “я” никогда не бывают полностью едиными. У каждого из нас есть несколько самосостояний или эго-состояний, которые составляют наше “я”. Эго-состояния — это “организованная система поведения и опыта, элементы которой связаны между собой каким-то общим принципом и которая отделена от других подобных состояний более или менее проницаемой границей” [Watkins & Watkins, 1977, р. 25]. Вполне вероятно, что диссоциативные части являются крайними вариантами эго-состояний [Kluft, 1987; Steele et al., 2017; Watkins & Watkins, 1997]. Однако нормальные эго-состояния отличаются от диссоциативных частей. У них отсутствует автономия для переработки личного опыта и воспоминаний, а также уникальная самопрезентация и позиция от первого лица [Kluft, 1987]. Большинство людей воспринимают нормальные эго-состояния как принадлежащие им самим. Они не испытывают амнезии, галлюцинаций, шнайдеровских симптомов или других диссоциативных психических и соматических интрузий и потерь [Moskowitz & Van der Hart, 2019].

Пограничные режимы

Джеффри Янг (Jeffrey E. Young) с коллегами говорят о различных режимах у людей с пограничным расстройством личности (ПРЛ). Такие *режимы* можно сравнить с нормальными состояниями эго. Это особые состояния ума, которые состоят из схем и стилей копинга, которые переходят в “способ существования”. В такой режим индивид может перейти неожиданно [Young et al., 2003]. Индивид может осознавать, что в таком состоянии он принадлежит себе, но в некоторой степени он независимый и дихотомичный, например: “Это плохая Сьюзи напилась; хорошая Сьюзи знает лучше”. Сьюзи помнит, что пила (у нее нет амнезии), и когда ее спрашивают, она сама способна признать, что пила. Как и эго-состояния, режимы не сопровождаются шнайдеровскими симптомами.

Многие люди с ПРЛ имеют широкий спектр диссоциативных симптомов, помимо изменений осознания, но при этом не обязательно соответствуют критериям диссоциативного расстройства [Korzekwa et al., 2009]. Таким образом, в некоторых случаях непросто отличить ПРЛ от OSDD-1 и DID. Однако в большинстве случаев уникальные характеристики, тяжесть и хроничность диссоциативных симптомов подтверждают диагноз OSDD-1 или DID. Значительное меньшинство (около 24%) пациентов с ПРЛ имеют сопутствующее расстройство DID, и примерно столько же (около 24%) соответствуют критериям OSDD-1 [Korzekwa et al., 2009]. Поэтому значительная коморбидность может присутствовать примерно у половины лиц с ПРЛ.

Инструменты для оценки OSDD-1 и DID

Инструменты для оценки диссоциативных расстройств можно найти в работах исследователей и клиницистов [Brand & Loewenstein, 2010; Dell, 2006; Dell & O’Neil, 2009; Kluft, 1987; Loewenstein, 1991; Ross, 1989, 1997; Spinazzola & Briere (см. главу 5); Steele et al., 2017; Steinberg, 1995, 2004; Steinberg & Siegel, 2008; Van der Hart et al., 2006].

Существует несколько инструментов, которые помогают в диагностике, включая Структурированный клинический опросник для диссоциативных расстройств (Structured Clinical Interview for Dissociative Disorders — SCID-D), который в настоящее время не обновлен в соответствии с DSM-5 [Steinberg, 1995, 2004]; Многоспекторный

опросник диссоциативных расстройств (Multidimensional Inventory for Dissociation — MID) [Dell, 2006]); и Опросник диссоциативных расстройств (Dissociative Disorders Interview Scale — DDIS), который сейчас обновлен в соответствии с DSM-5 [Ross, 1989]. Некоторые инструменты не являются диагностическими, но они помогают определить людей, которым нужна дальнейшая клиническая оценка на предмет наличия OSDD-1 и DID. Многоспектрный опросник диссоциации (Multiscale Dissociation Inventory — MDI) [Briere, 2002] включает раздел по диссоциации идентичности. Если человек набрал в целом высокие баллы по MDI и особенно в разделе “Диссоциация идентичности”, необходимо провести дальнейшее обследование. Шкала диссоциативных переживаний-II (Dissociative Experiences Scale-II — DES-II) [Carlson & Putnam, 1996] изучает состояния амнезии, поглощенности и деперсонализации. Метод выявления патологической диссоциации (DES-T) [Waller, Putnam, & Carlson, 1996] включает восемь пунктов DES-II, которые являются более точными маркерами патологической диссоциации и отличают ее от поглощенности. Высокие баллы по DES-T — основание для дальнейшей оценки. Наконец, Опросник соматоформной диссоциации (Somatoform Dissociation Questionnaire — SDQ-20) [Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, & Vanderlinden, 1996] поможет выявить людей с соматической диссоциацией, которая обычно встречается при OSDD-1 и DID. Такие явления с меньшей вероятностью можно идентифицировать и оценить, как часть диссоциативного расстройства.

Краткий обзор лечения

Появляется все больше доказательств того, что люди с OSDD-1 и DID получают пользу от непосредственной оценки и решения проблемы структурной диссоциации. Клинические исследования показывают, что управление диссоциацией помогает снизить уровень диссоциации, симптомов ПТСР, общего дистресса, употребления наркотиков, физической боли и депрессии, а также способствует повышению чувства самоконтроля и самопознания в течение курса лечения [Brand et al., 2013, 2019; Jepsen, Langeland, Sexton, & Heir, 2014]. Люди, участвовавшие в этих исследованиях, сообщали о повышении способности к общению, работе, учебе или волонтерской деятельности, а также об улучшении

общего самочувствия. Они реже использовали самоповреждающее поведение и имели меньше госпитализаций, чем до лечения. У них также повысились баллы при общей оценке функционирования и улучшились адаптивные способности с течением времени [Brand et al., 2013, 2019]. С другой стороны, высокодиссоциативные люди, которые не получают лечения от диссоциации, не имеют тенденции к улучшению состояния или не могут сохранить временные результаты лечения [Jepsen et al., 2014]. Они склонны к постоянным социальным и профессиональным трудностям, депрессии и тревожности, самоповреждениям, суицидальности, плохой реакции на лечение и частым медицинским и психиатрическим вмешательствам, включая госпитализацию.

Руководство по лечению DID [*International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD)*, 2011] поможет при определении подходов к OSDD-1 и DID, также как и Экспертный консультационный опрос по комплексному ПТСР [Cloitre et al., 2011] и Австралийские практические рекомендации по лечению комплексной травмы [Kezelman & Stavropoulos, 2012]. Два последних могут служить в качестве основы для лечения, к которой добавляют специализированные подходы для структурной диссоциации. Травма-информированная на текущий момент эмпирическая или психодинамическая психотерапия — основные направления лечения диссоциативных расстройств. К ним также добавляют специализированные техники и подходы, направленные непосредственно на устранение чрезмерного разделения диссоциативных частей, разрешение травматических воспоминаний и облегчение интеграции “я” и личности.

Стандарт лечения диссоциативных расстройств, как и комплексного ПТСР, — это фазово-ориентированный подход [Brand et al., 2013; Boon et al., 2011; Chu, 2011; Howell, 2011; ISSTD, 2011; Steele et al., 2005, 2017; Van der Hart et al., 2006]. Он включает следующие компоненты.

- **Фаза 1.** Безопасность, стабилизация, уменьшение симптомов, развитие навыков и создание альянса сотрудничества.
- **Фаза 2.** Переработка и интеграция травматических воспоминаний.
- **Фаза 3.** Дальнейшая (ре)интеграция личности и реабилитация, а также налаживание жизни, которая в меньшей степени подвержена диссоциации, травматическим воспоминаниям и другим симптомам.

Эти фазы лечения не являются линейными. Часто периодически нужно возвращаться к более ранней фазе для повторного освоения навыков, или переходить вперед, чтобы коротко ознакомиться со следующей фазой [Courtois, 2004, 2010; Courtois & Ford, 2012; Steele et al., 2005, 2017; Van der Hart et al., 2006]. Это лечение признает стадии изменений [Prochaska & Norcross, 2018], которые включают различные темпы мотивации и обучения, рассматривают вероятность рецидива и возможности для дальнейшего решения проблемы.

Каждая фаза лечения должна быть направлена на устранение потребности в продолжающейся структурной диссоциации. Для этого, в дополнение к тому, чтобы помочь людям научиться более эффективным стратегиям регуляции и восстановления, клиницисты могут направить усилия на связанное с травмой фобическое избегание: 1) внутреннего опыта (например, мыслей, эмоций, ощущений, противоречий); 2) привязанности и потери привязанности (отвержение и оставление); 3) диссоциативных частей; 4) травматических воспоминаний; и 5) адаптивных изменений и принятия риска [Steele et al., 2005, 2017; Van der Hart et al., 2006].

Фаза 1. Стабилизация

Лечение начинается с начальной фазы стабилизации, обеспечения безопасности, укрепления эго, обучения и развития навыков для улучшения адаптивного функционирования человека и его способности эффективно участвовать в терапии. Как правило, эффективен совместный терапевтический подход, с четкими терапевтическими рамками и границами. Он должен включать тщательное ограничение количества сеансов в неделю и способ общения вне сеанса — по электронной почте, с помощью текстовых сообщений или телефонных звонков. Следует избегать чрезмерной опеки над людьми с диссоциацией, так как проблемы с зависимостью возникают часто и в значительной степени. Клиницисты должны помнить о том, чтобы не активизировать и без того напряженную систему привязанности клиента слишком сильной близостью или слишком большой дистанцией [Brown & Elliott, 2016; Cortina & Liotti, 2014; Steele, 2018; Steele et al., 2017].

Индивидам с диссоциацией необходимо научиться уменьшать противоречия между диссоциативными частями. Нужно поддерживать

регуляцию конкретных частей, которые не всегда могут быть непосредственно доступны для них как целое. Полезно образование и обучение навыкам выявления и эффективного управления диссоциацией [Boon et al., 2011; Brand et al., 2013, 2019; Brand & Loewenstein, 2010; ISSTD, 2011; Steele et al., 2017]. Многие исследователи обсуждали, как специально помочь людям с диссоциацией овладеть этими навыками и использовать поэтапные подходы для уменьшения конфликта между диссоциативными частями [Boon et al., 2011; Chu, 2011; Fisher, 2017; Gelinas, 2003; Gonzalez & Mosquera, 2012; Howell, 2011; Kluft, 2000; Knipe, 2018; Ogden & Fisher, 2016; Phillips & Frederick, 1995; Steele et al., 2017; Twombly, 2005; Van der Hart et al., 2006].

Следует подчеркнуть, что клиницисты не должны относиться к диссоциативным частям как к отдельным личностям или игнорировать их в надежде, что они просто “пройдут”. Цель лечения диссоциативных расстройств — это всегда поддержка интеграции личности и устранение причин и необходимости продолжающейся диссоциации. Сострадание к себе, обмен опытом, сотрудничество и переговоры между всеми диссоциативными частями личности — ключ к успешной интеграции [Boon et al., 2011; Kluft, 2000; Steele et al., 2017; Van der Hart et al., 2006]. Когда это возможно, лечение должно быть направлено на человека в целом. Хотя это не всегда возможно из-за низкой интегративной способности пациента и высокой диссоциативной склонности, это хорошая основа, с которой можно начать и к которой можно возвращаться как можно чаще и как можно дольше. Клиницисты могут пригласить “все части разума” присутствовать в терапии. При этом взрослая часть личности должна присутствовать, когда это возможно. Терапевт не стремится установить индивидуальные отношения с каждой частью. Скорее, он служит интегративным “мостом” между различными частями для улучшения согласованности всей системы индивида.

Когда на сеансе происходит переход от одной части к другой или частичное вторжение, этот процесс следует отметить и исследовать. Что только что произошло? Почему именно сейчас? Какая динамика происходящего? Есть ли какой-то конфликт, которого избегают или который выражают? Что в терапевтических отношениях имеет значение? Например, есть ли сдвиг в сторону детской части, которая выражает тоску по зависимости, которую взрослый не может терпеть?

Таким образом, человек получает поддержку в определении и разрешении причин диссоциации в режиме реального времени. Сама терапия может проходить по установленному графику и не отклоняться от него из-за различных планов и противоречий между различными диссоциативными частями.

Когда системное лечение на уровне всей личности нецелесообразно из-за крайней степени фобического избегания индивида, терапевт может напрямую воздействовать на две или более диссоциативных частей [Steele et al., 2017; Van der Hart et al., 2006]. Например, можно побудить несколько частей к сотрудничеству в выполнении задачи, в которой другие части пока не могут участвовать (например, эмоциональная регуляция, поддержание безопасности). Или одну часть можно побудить заботиться или облегчать страдания других частей. Бывают случаи, когда терапевт может выбрать работу с одной частью. Часто из-за фобического избегания деструктивных частей человек не может или не хочет напрямую обращаться к ним. В таких случаях терапевт может выбрать и работать непосредственно с одной частью, чтобы построить интегративные связи с личностью в целом. Как только это становится возможным, терапевт поддерживает более прямую связь между частями, тем самым уменьшая фобическое избегание и повышая интегративную способность личности.

Поэтапно можно поддерживать диссоциативные части, чтобы они осознавали друг друга. Таким образом можно уменьшать реакции избегания, ориентируясь на настоящее, и способствовать пониманию и сопереживанию их различных ролей; затем облегчить сотрудничество в повседневной жизни; и только потом поделиться травматическим опытом. Эта работа должна проводиться с осторожностью, так как преждевременные попытки сосредоточиться на диссоциативных частях в терапии, прежде чем клиент будет готов, могут привести к усилению диссоциации, декомпенсации или уходу из терапии. Как только индивид сможет воспринимать части, обрести адекватные возможности для регуляции, а внутренние противоречия между частями при этом уменьшаться, можно приступать ко второй фазе терапии. Однако при работе с высоко диссоциативными личностями эта работа обычно требует значительного титрования. Об этом будет сказано ниже.

Фаза 2. Интеграция травматических воспоминаний

Воздействие на травматические воспоминания и одновременное предотвращение дезадаптивных реакций — основополагающие методы лечения при нарушениях, связанных с травмой. Хотя сторонники экспозиции в области ПТСР отмечают, что терапевты часто неоправданно нерешительны в применении техник экспозиции из-за страха перегрузить клиента [*Cahill, Foa, Hembree, Marshall, & Nacash, 2006*]. Терапевты в области диссоциативных расстройств поняли, что преждевременная и длительная обработка травматических воспоминаний у диссоциативных пациентов, лишенных способности безопасно переживать и модулировать возбуждение, может иметь серьезные ятрогенные последствия. Вследствие тяжелых интегративных нарушений, которые встречаются у высоко диссоциативных пациентов, ранняя и прямая конфронтация с травматическими воспоминаниями может дестабилизировать, иногда приводить к декомпенсации и посттравматическому упадку. В этом отношении лечение OSDD-1 и особенно DID (а также многих случаев комплексного ПТСР) значительно отличается от более экстренного подхода к переработке травматических воспоминаний, которое используют для лечения ПТСР.

Существует несколько предостережений при начале вмешательства в рамках второй фазы при OSDD-1 и DID. Во-первых, клиницисты должны понимать, что не все диссоциативные части могут иметь доступ к данному травматическому воспоминанию. Во-вторых, воздействие не происходит автоматически на все диссоциативные части. В-третьих, воздействие, которое кажется терпимым для одной диссоциативной части, может оказаться неприемлемым для другой. В-четвертых, когда возбуждение слишком сильное, диссоциативный индивид будет реагировать дальнейшим разделением между частями и переключением между ними в попытке регуляции.

Специальные подходы к лечению травматических воспоминаний, включая техники титрования, можно найти в различных источниках [*Howell, 2011; Frederick & Phillips, 1995; Kluft, 1996, 2013; Knipe, 2018; Gonzalez & Mosquera, 2012; Steele et al., 2017; Twombly, 2005; Van der Hart et al., 1993, 2006, 2017*].

Фаза 3. Дальнейшая интеграция личности и реабилитация

На третьей фазе уделяется большее внимание интеграции личности, скорби и улучшению качества жизни. К дальнейшей интеграции ведут колебания индивида между радостью от обретения нового “я”, новых компетенций, удовольствия и скорбью об утрате. Люди с диссоциацией испытывают постепенный рост в способности ощущать себя целостной личностью на всех этапах лечения. Этот интегративный процесс, в основном, происходит постепенно. Но часто он завершается на третьей фазе, когда устраняются причины продолжающейся диссоциации. Нередко на этой фазе в ответ на растущую способность к интеграции появляются дополнительные травматические воспоминания и диссоциативные части. В такие периоды необходимо возвращаться к работе с фазой 1 и фазой 2. В некоторых случаях интеграция частей происходит спонтанно, в то время как другие части как бы “затухают” или просто прекращают отдельную активность. В некоторых случаях интеграцию невозможно осуществить, или ей может сопротивляться часть индивида, которая заинтересована в том, чтобы оставаться диссоциативной. Таким людям, чтобы оставаться стабильными, может потребоваться постоянная поддержка.

Заключение

Комплексные диссоциативные расстройства OSDD-1 и DID можно с точностью диагностировать и отличить от других расстройств. Появляется все больше эмпирических данных, которые подтверждают клинические наблюдения о том, что лечение, направленное на диссоциацию, эффективное не только для уменьшения диссоциативных симптомов, но и для уменьшения других проблем, вызывающих диссоциацию. Тем не менее многие мифы, заблуждения и предрассудки об OSDD-1 и DID остаются. При клинической подготовке часто не уделяется достаточно внимания диссоциации и диссоциативным расстройствам. Таким образом, у клиницистов мало или вообще нет знаний о том, как эффективно оценивать или лечить эти состояния. Другой трудностью является путаница в симптомах и определении(ях) диссоциации. Было бы полезно внести больше ясности

в отношении разнообразных симптомов и различных методов их лечения. Очевидно, что правильный терапевтический фокус на диссоциативном процессе и опыте не должен вызывать у пациента ощущение отчужденности. Индивиды с OSDD-1 и DID могут извлечь пользу из стабильного, рационального и четко спланированного лечения, которое рассматривает многие сложности хронической травмы развития и делает акцент на интеграции диссоциативных частей личности.