



История психотерапии в лицах. Фото сотрудников Кафедры психотерапии и сексологии РМАПО. Москва, ноябрь 2012 г. Слева направо: к.м.н. Панюкова И.А., к.м.н. Смирнов В.Е., Калмыкова И.Ю., к.м.н. Павлов И.С., к.м.н. Захаров Р.И., к.м.н. Покровский Ю.Л. (фото с сайта ППЛ <http://www.oppl.ru>).

Форум всестороннего сотрудничества психотерапевтов разных школ и стран в атмосфере творчества
Ежемесячный научно-практический журнал Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги

ПСИХОТЕРАПИЯ

№ 4 (124), 2013 г.

Содержание номера

ФИЛОСОФИЯ И МИРОВОЗЗРЕНИЕ		ФЕЛЬДМАН И.В.	Управление прошлым во имя будущего..... 60
КАГАН В.Е.	Номо Fabulus 2	ПСИХОТЕРАПИЯ: НАУКА ИЛИ РЕМЕСЛО?	
КАНАРШ Г.Ю.	Социальная справедливость. Введение в проблему..... 12	ПЕТУХОВА Л.И.	Психотерапия — ремесло, в котором каждый терапевт обладает собственным мастерством..... 61
ГУМЕРОВА Р.В.	Онтология творчества 15	ПОКАТАЕВА О.Г.	Российские психологи, западные психологи: разница и сходство 62
МЕТОДИКА. МЕТОД. МОДАЛЬНОСТЬ		ТОЧКА ЗРЕНИЯ	
НАРИЦЫН Н.Н.	Аутогенная тренировка..... 20	ОВЧИННИКОВА Т.Н.	Развивающийся человек в меняющемся мире 63
ХЛОМОВ Д.Н.	Анойатерапия — способ восстановления творческих возможностей человека 30	СЁМОВ И.В.	Тенденции развития нейробиологии и перспективы психотерапии 70
РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ		ХОЛИНА Н.А.	О завершении терапии..... 72
ПЕТРОВА Т.Н.	Идентификация юнгианского психологического типа личности с использованием математической модели 32	ЭКСТРЕМАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ	
ОБЗОРЫ. ЛЕКЦИИ. ДОКЛАДЫ		ХМЕЛЕВСКАЯ О.И.	«Профессионалка» и другие истории..... 75
ОЛИФИРОВИЧ Н.И., ВЕЛЕНТА Т.Ф.	Инцест 37	ПСИХОКОРРЕКЦИЯ НЕНОРМАЛЬНОГО ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ	
ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО		БРОННИКОВА СВЕТЛАНА	Психология переживания. Сообщение 1: правила 1–5 80
БЕРМАНТ-ПОЛЯКОВА О.В.	Травма и диссоциация 44	СКАЗКОТЕРАПИЯ	
ИЗ ОПЫТА ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ		СЕМИНА И.К.	Женщина в свободном полете 83
ОЛЕШКО А.Д.	Прогулки в Лунном Свете... Прогулка первая: «Правила волчьей жизни, или о нашей Дикой Душе» 47	РЕЦЕНЗИИ. РЕФЕРАТЫ. ОТЗЫВЫ	
МАЛЕЙЧУК Г.И.	Психотерапия клиентов с зависимой структурой личности 48	МАКАРОВ В.В.	Предисловие к книге «Проституция: психология и психиатрия» 86
МЛОДИК И.Ю.	Дно бесконечного колодца, или мучительный путь Нарцисса..... 52	ИСТОРИЯ ПСИХОТЕРАПИИ	
ЦЕЛКОВСКИЙ ЕВГЕНИЙ	Записки психолога 58	БАТИЩЕВ А.И.	Из истории психотерапии. Жизнь по Эпикуру. Сообщение 2 94



Травма и диссоциация

Бермант-Полякова О.В.

канд. психол. наук, клинический психолог, психотерапевт, супервизор,
Роршах и психоаналитическая диагностика, Модиин, Израиль.

Освещаются новейшие психологические исследования этиопатогенеза посттравматических стрессовых симптомов и посттравматического стрессового расстройства.

Ключевые слова: дифференциальная диагностика, травма, диссоциация, ПТСС, ПТСР.

Характерной чертой посттравматических нарушений является их отчётливо экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психические нарушения не появились бы [4]. Дифференциальная диагностика расстройства адаптации к стрессовому событию проходит по осям краткости или продолжительности воздействия, отсроченного или затянувшегося ответа на стрессовое событие, характер события: значительное изменение в жизни в рамках социально-культурной нормы или исключительно угрожающее или катастрофическое событие, которое может вызвать глубокий стресс почти у каждого.

Ещё одним диагностическим признаком является длительность наблюдаемой симптоматики. В современной медицинской литературе говорят о посттравматических стрессовых симптомах (PTSS), когда клиническая картина сходна с посттравмой, однако не все критерии, требуемые для диагностики посттравматического стрессового расстройства (PTSD), выполняются.

Этиопатогенез расстройств адаптации является неопределённым. Неопределённость усугубляется тем, что в психологической литературе «травма» употребляется в нескольких значениях. Согласно первому, травма — это событие или ситуация чрезмерной силы. Согласно второму, травма — это психическое состояние, душевное потрясение, вызванное внешним событием. Согласно третьему значению, травма — это любое психологически сверхзначимое, болезненное переживание. Наконец, четвёртое значение понимает травму как связь ситуации и переживания.

Российской психологической наукой предложен ряд оригинальных концепций этиопатогенеза [1, 2, 3]. Полагается, что травматичность события это субъективная характеристика [1, 3]. В работах Д.В. Сочивко указывается на то, что любое состояние человека обязательно сменяется другим; это верно относительно эмоциональной, интеллектуальной и волевой сфер.

С точки зрения традиционной психодиагностики, эта смена происходит случайным образом. Д.В. Сочивко показывает, что такие смены образуют ансамбли циклов, которые являются весьма устойчивыми и позволяют прогнозировать поведение человека, и экспериментально исследует её на выборке осуждённых и военнослужащих в колонии особого режима.

Интегральная характеристика, предложенная исследователем, объединила процессы познания, переживания и воли в концепции адаптивности поведения в экстремальной ситуации.

Исследователь приходит к выводу о том, что существует ложная адаптивность, а также ситуации, когда «неадаптивное» сосредоточение на собственных интересах оказывается в конечном итоге более адаптивным. Им экспериментально доказано положение о том, что личностный смысл «экстремальности» условий жизнедеятельности не зависит от степени реальной, внешней экстремальности. Она формируется внутри человека по совершенно иным законам, базирующимся на духовности личности [3].

В работах М.Ш. Магомед-Эминова признаётся, что несмотря на важность выделения нозологической рубрики ПТСР, клиническая трактовка заболевания строится на модели стимул-реакция и не учитывает ни личности уцелевшего, ни особенностей осмысления им трансординарной ситуации.

Узкоклиническая трактовка видит негативные последствия, симптомы и не наблюдает позитивных последствий, экзистенциального изменения вследствие столкновения Я с одним из фундаментальных онтологических вопросов: вторжением небытия в бытие, смерти в жизнь. Диссоциация переживания, по его мнению, может быть как патогенным фактором, так и выполнять адаптивную функцию в экстремальной ситуации.

Ключевым фактором этиопатогенеза М.Ш. Магомед-Эминов называет не интенсивность стрессора, а темпоральные факторы [2].

М.Ш. Магомед-Эминовым предложено учитывать темпоральную организацию и структурирование опыта.

Речь идёт о переживании последовательности, одновременно, скорости событий и механизмах «темпорального связывания» и «темпорального различения».

В проведённом эмпирическом исследовании на материале наблюдений пациентов в госпитале им. Вишневого была обнаружена темпоральная последовательность развития ПТСР. Она состоит из этапов темпоральной фрагментации, темпорального сужения, темпоральной фиксации на прошлом, темпорального погружения в настоящее, темпорального разворота, темпорального перехода.

На каждом темпоральном этапе механизмы «темпорального связывания» и «темпорального различения» преодолевают несвязанность, фрагментарность опыта и его несоотнесённость с временной осью прошлого-настоящего-будущего.

Модель показывает, что позитивная диссоциация, способность фрагментировать опыт в краткосрочной временной перспективе, является фактором неуязвимости к ПТСР, а негативная диссоциация, неспособность связывать опыт в длительной временной перспективе, является этиологическим фактором возникновения ПТСР. По мнению исследователя, «темпоральная трансформация» на разных этапах совладания различна и эффективность решения жизненных задач зависит от способности пациента темпорально структурировать собственные переживания [2].

По мнению О.В. Бермант-Поляковой, суть травматического переживания состоит в неспособности усвоить случившееся событие, поскольку в силу своей болезненности и интенсивности травматический опыт выходит за пределы возможностей субъекта по переработке этого опыта [1]. Его или отрицают, бессознательно отказываясь признавать болезненные аспекты внешней реальности или субъективных переживаний, или диссоциируют. Диссоциация определяется в словаре психологических защит [1] как механизм бессознательного отделения переживаний, идей или аффектов от процессов осознания и памяти. Диссоциированное содержание не-



доступно для воспоминания и осознания в силу того, что чрезмерно по силе и интенсивности боли и превышает способность Эго синтезировать и интегрировать его.

Suzette Boon [5] указывает, что диссоциированной может быть любая составляющая травматического переживания. Она пользуется акронимом BASKC, где заглавные буквы обозначают поведение Behavior, аффект Affect, ощущение Sensation, восприятие, узнавание Knowledge, идеи, объяснения Cognition, чтобы пояснить, как именно разобщено переживание, что отъединено от осознания и памяти.

Пласт опыта, от которого путём амнезии отчуждены те или иные переживания, получил в её работах название «практически нормальная личность», ANP (Apparently Normal Person). ANP продолжает обычную жизнь, всё время занята делами и не признаёт существования травматического события. ANP полностью эмоционально выпотрошена, пуста и депрессивна, страдает рассеянностью и забывчивостью.

Пациенты в этом состоянии боятся, что у них шизофрения. Она способна быть в контакте с происходящим «здесь и сейчас» ценой амнезии, испытывает сильный страх чувствовать, осознавать, ощущать себя в другом состоянии (phobia of emotional parts of personality).

Наряду с ANP, миром переживаний, в котором нет места воспоминаниям о травмирующем событии, существует EP (Emotional Part of personality), «эмоциональная часть». Функция EP — хранить травматические воспоминания. Таким образом, существует две системы, два самовосприятия, называемые trauma-avoidant и trauma-fixed (избегающее травмы и фиксированное на травме Я). Обе системы Я воспринимают события прошлого как происходящие «здесь и сейчас», то есть искажённо оценивают реальность.

Отъединение может быть парциальным или полным. При парциальном, ANP может холодно и рассудочно наблюдать эмоциональное затопление, переживаемое EP, и пациентка способна сказать: «Я видела себя со стороны, как я кричу». ANP безжалостно судит EP, не может понять её и фактически разобщённость Я сохраняется, например: «Не знаю, как быть с ней. С той, которую я ненавижу. Мне её не жаль. Она позволяла делать это с собой всё детство. Она — это не я. Я презираю её, я обвиняю её, я отталкиваю её, я не хочу знать её». При полном, амнезия тотальна, и пациентка делает нелогичные заявления: «Это было сделано мне, но случилось не со мной», «Это сделала я, но я не делаю таких вещей», «Это думала не я», «Когда я веду себя так, словно этого не было, всё будет так, будто этого не было». Некоторые пациенты сообщают о шнайдерманских симптомах и голосах, ведущих диалоги снаружи их головы [5, 7].

При единичном эпизоде травмирующего события может сформироваться *angry-based, guilt-based, shame-based PTSD* [1], где осознаваемому фоновому переживанию страха и избеганию угрозы сопутствует не осознаваемое EP, эмоциональное переживание злости, вины или стыда. Это обозначается схемой 1ANP+1EP.

При многолетней сильной межличностной травматизации и ANP, и EP могут быть множественными. Типичными Сюзетт Бун с соавторами называет защитную ярость (EP Defense Fight), защитную замороженность (EP Defense Freeze), эмоциональное затопление в случае отказа психологических защит (overwhelming experience due to defense collapse). EP защитной ярости может быть прожита в идентификации с агрессором или в борьбе против психотерапии [5]. Множественность EP обозначается схемой 1ANP+nEP, клиническая картина расстройства похожа на эмоционально неустойчивое расстройство личности (так называемое пограничное расстройство личности); множественность и практически нормальных личностей,

и эмоциональных частей для каждой из них обозначается схемой nANP+nEP (так называемая чередующаяся личность).

Диссоциация Я на несколько личностей — это особого рода адаптация индивида к собственной истории. В отечественной психологии диссоциативную личность (Dissociative Identity Disorder) принято называть чередующейся личностью. Различия между этими личностями — субъективный возраст, сексуальная ориентация, системные заболевания, аллергии, ношение очков, электроэнцефалографическая картина, использование левой или правой руки — настолько впечатляющи, что от внимания терапевтов часто ускользает, что любой диссоциированный пациент является одним человеком со своим субъективным опытом различных Я. Это один человек с субъективным чувством множественности [1, 5].

Ответ на вопрос, идёт ли речь о психологических защитах из континуума диссоциации или материал теста даёт основания для вывода о диссоциированной (чередующейся) структуре личности пациента, проясняют реакции обследуемого на слабоструктурированный стимульный материал проективных тестов [1]. Разработаны и опросные методы выявления диссоциации, Structured Trauma Interview и Dissociative Experiences Scale [5, 6].

По данным S. Boon и N. Draijer, обследовавших 71 датского пациента с диагнозом «множественная личность», о физическом насилии или сексуальном насилии в анамнезе сообщили 94,4% обследованных, и 80,6% пациентов отвечали критериям диагностики ПТСР [6].

Психодиагностическая новация Сюзетт Бун с соавторами [5] состоит в разделении пациентов, переживших травмирующее событие, на три группы. Boon S., Steele K., van der Hart O. называют уровень расстройства первичным, вторичным и третичным и предлагают следующую **диагностическую схему** (диагнозы даются по классификатору ICD-10-CM, который вступит в силу в октябре 2013 года) :

Первичные: больные, у которых выявляется 1ANP+1EP, имеют психиатрический диагноз острого ПТСР F43.11, диссоциативной амнезии F44.0, неопределённого психосоматического расстройства F45.1.

Вторичные: больные, у которых выявляется 1ANP+nEP, имеют психиатрический диагноз хронического ПТСР F43.12 или неопределённого ПТСР F43.10, острой реакции на стресс F43.0 (в книге описание по DSM-IV-TR, DES NOS, Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified), неутончённого диссоциативного и конверсивного расстройства F44.9.

Третичные: больные, у которых выявляется nANP+nEP, имеют психиатрический диагноз диссоциативного расстройства идентичности F44.81 (в книге [5] название соответствует Dissociative Identity Disorder и описанию по DSM-IV-TR, Multiple Personality Disorder).

Проведённое S. Boon и N. Draijer [7] в начале 1990-х годов сравнительное исследование пациентов с диагнозами диссоциативная (чередующаяся) личность, диссоциативное расстройство личности неопределённое, пограничное расстройство личности и (в качестве контрольной группы) расстройство личности кластера В (истерическое, антисоциальное или нарциссическое) показало следующее. Феноменологически «чередующиеся» и «пограничные» обследованные предьявляют схожие жалобы и симптоматику, и этиологически обе имеют в анамнезе межличностную травматизацию в детском возрасте. Между пациентами четырёх сравниваемых групп не было различия в возрасте, семейном положении и уровне образования. Средний возраст составил 32 года, 55% никогда не создавали семьи, 25% состояли в браке и 20% были разведены. Из общего числа 62% не имели детей, 13% имели одного ребёнка, 12% двоих детей.



Хотя пациенты не имели значимых различий по уровню образования, существовала разница в уровне выполняемой ими работы, только 23% «чередующихся» и «пограничных» были трудоустроены, тогда как с диагнозом расстройства личности кластера В работали 49%. Группы не различались по возрасту первого контакта с психиатрическим учреждением, он составил в среднем 23 года [7].

Между группами «чередующихся» и «чередующихся, неопределённое» не было различия по степени тяжести диссоциативных симптомов. Они сообщали о ежедневных или еженедельных эпизодах амнезии, «потерянном» времени и диссоциативных фугах (обнаруживали себя в незнакомом месте, и не помнили как туда попали). «Пограничные» пациенты сообщали об амнезии детских впечатлений, пациенты контрольной группы не жаловались на память. Обе «диссоциативных» группы значимо отличались и от «пограничных», и от контрольной группы «кластер В» по итоговому числу баллов в Structural Clinic Interview for Dissociative Disorders.

Некоторые состояния, например, умение видеть себя, находясь снаружи своего тела, или нечувствительность к боли, встречались у 93% «чередующихся», 46% «пограничных» и 5% «кластер В» пациентов. Описание деперсонализации также различалось, пациенты контрольной группы «выполняли как бы автоматически» действия, сравнительно с чувством «это делает кто-то, а не я» в группе «чередующихся».

Дереализация, чувство что окружающее смутно и нереально, а также неузнавание своих друзей и родственников, не были характерны для пациентов контрольной группы вообще.

Шнайдерманские симптомы (голоса в голове, комментирующие голоса), самоповреждающее и суицидальное поведение, расстройства пищевого поведения, симптомы ПТСР встречались чаще, чем в контрольной группе.

Все группы пациентов имели в анамнезе ненадлежащее обращение, однако в группе «чередующихся» межличностная травми-

зация в детстве была более жестокой. По итогам работы S. Boon и N. Draijer делают обоснованный вывод о том, что методы Structural Clinic Interview for Dissociative Disorders (SCID) и Structured Trauma Interview (STI) выявляют значимые различия между ними группами пациентов и должны стать психодиагностической рутинной [6, 7].

Более чем двадцатилетний опыт изучения проблемы травмы и диссоциации позволил голландским коллегам подготовить уникальное пособие [5], путеводитель по внутреннему миру переживших межличностную травматизацию людей в помощь пациентам и терапевтам.

Литература:

1. Бермант-Полякова О.В. Посттравма: диагностика и терапия. — СПб: Речь, 2006. — 248 с.
2. Магомед-Эминов, М.Ш. Теория и практика оказания психологической помощи: современное состояние проблемы психологии уцелевшего / М.Ш. Магомед-Эминов // Психологическая помощь / под ред. М.Ш. Магомед-Эминова. — М.: ПАРФ, 2004. — С. 5—33.
3. Сочивко Д.В. Психодинамика. — М.: ПЕР СЭ, 2003. — 256 с.
4. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. — СПб: Питер, 2001.
5. Boon S., Steele K., van der Hart O. Coping with Trauma-Related Dissociation: Skills Training for Patients and Therapists. — W. W. Norton & Company, 2011. — 496 p.
6. Boon, S., Draijer, N. Multiple Personality Disorder in the Netherlands. A clinical investigation of 71 patients. The American Journal of Psychiatry, V. 150, 1993, # 3, 489—494.
7. Boon, S., Draijer, N. The Differentiation of Patients with MPD or DDNOS from Patients with a Cluster B Personality Disorder. — Dissociation, 6, 1993, V. 2/3, 126—135.
http://www.empty-memories.nl/science/Boon_Draijer.pdf

Trauma and Dissociation

Bermant-Polyakova Olga V.

Rorschach & Psychoanalytic Diagnostics, Israel

Report highlights the latest psychological studies of post-traumatic stress symptoms and post-traumatic stress disorder aetiopathogenesis.

Keywords: differential diagnosis, trauma, dissociation, PTSS, PTSD.

