

I. Градация психической и психологической травмы

Во многих литературных источниках, описывающих психотравму, широко применяется терминологический синонимический ряд: травма – психотравма – психологическая травма – психическая травма.

Травма – душевная боль, страдание человека от переживания какого-либо негативного события своей жизни, которая наносит вред здоровью. Понятие «травма» используется для обозначения любого переживания, которое вызывает непереносимые душевные страдания. А определение «непереносимые» применимо всякий раз, когда обычных защитных механизмов психики (конкретной личности) оказывается недостаточно. Эта идея была впервые сформулирована Фрейдом в тезисе о «защитном экране» и подразумевает, что уровень непереносимости является глубоко индивидуальным. Исходя из некоторых предопределяющих факторов, таких как пол, возраст, сила нервной системы и многих других, можно отметить закономерность, что травматические события могут переживаться как с последующими изменениями психики, так и без них. Следовательно, понятия «психическая» и «психологическая» травмы не являются синонимами и не могут употребляться в равнозначном понимании.

При психологической травме психика человека остается не нарушенной, т.е. он сохраняет естественную способность к адаптации во внешней среде, поскольку все процессы в психике человека сохраняют свое единство. Тогда как при психической травме человеку не удастся сохранить нормальную слаженную работу всех психических функций и процессов. При психической травме отдельные процессы изолируются от сознания и делаются в некоторой степени независимыми. Например, может теряться личностная идентичность и появляться новая, как при состоянии диссоциативной фуги или множественной личности, или отдельные воспоминания для сознания могут стать недоступными, как при психогенной амнезии.

Специалистам, работающим в кризисной и клинической психологии, психотерапии кризисных состояний важно понимать и разграничивать понятия «психической» и «психологической» травмы, не допуская их подмены, а, следовательно, и в полной мере оценивать ущерб, нанесенный человеку пережитым негативным событием.

II. Диссоциация как защитный механизм при тяжелых психических травмах

Инстинктивная реакция к защите психики (самосохранение) при сильном воздействии негативного (травмирующего) события запускает первичный защитный механизм – диссоциацию. Защитная функция диссоциации – через расщепление сохранить психику от более серьезных повреждений. Специфика феномена в том, что человек может отделить от себя как негативные, так и позитивные эмоции, если те вызывают состояние дистресса. Например, сильные любовные чувства мешают работать, думать, жить, что может заставить человек абстрагироваться от них.

Фрэнк В. Патнем в своей работе «Диагностика и лечение расстройства множественной личности» опирается на определение диссоциации, предложенное Жаклин Вест (1967): это «психобиологический процесс, который активно препятствует интеграции информации-привходящей, сохраняемой или исходящей-через образование ассоциативных связей обычными естественными путями»[9]. Патнем признает, что «не все переживания такого рода являются патологическими», однако определяет диссоциативную реакцию как «переживание или поведение, характеризующееся заметными изменениями в сферах мышления, эмоций или в деятельности индивида, вызванными диссоциацией, так что нормальные естественные пути построения обычных ассоциативных связей с блоком некой информации и ее интеграции оказываются блокированы в течение некоторого времени».

Таким образом, мы можем говорить о том, что диссоциация личности бывает двух типов: нормативная и патологическая. В первом случае речь идет о естественной защитной реакции на стресс, потрясение, неприятные переживания. Диссоциация в норме возникает в трудных ситуациях, где от человека требуется сохранять собранность, сдержанность, рациональность, но он не может сознательно взять себя в руки. Тогда включается бессознательный процесс – защитный механизм психики. В итоге человек получает преимущество над ситуацией, может трезво оценить ее и принять рациональное решение. В этом случае диссоциацию можно рассматривать как средство адаптации, а не как защитный механизм.

При патологической форме человек диссоциируется в любых эмоциональных ситуациях, а не только в трудных жизненных обстоятельствах. Таких людей называют толстокожими, равнодушными, холодными, черствыми, безэмоциональными. Они исключают любой негатив, отказываются решать конфликты, не готовы к продуктивному социальному взаимодействию. Такое поведение может привести к изоляции. Говоря о влиянии психической травмы на психику, мы говорим распаде психики с целью сохранения жизнедеятельности всего организма целом. Т.е., для сохранения жизнеспособности запускается целый комплекс психических нарушений личности, для которого характерны трансформации психических процессов или расстройство целого ряда процессов, проистекающих в психике, таких как чувство личностной идентичности, память, сознание, осознание непрерывности собственной идентичности.

От рождения каждый человек имеет предпосылки для возникновения диссоциативного расстройства личности, поскольку человек не рождается с ощущением цельной идентичности, становление личности – процесс, растянутый во времени, и происходит в результате разнообразных переживаний и внешних воздействий. Благоприятной почвой для формирования и развития диссоциативного расстройства в первую очередь

следует считать дефицит внимания со стороны родителей, нарушенная или отсутствующая связь матери с ребенком в возрасте до двух лет, социальная депривация ребенка, т.е., отсутствие внимания и заботы взрослых в возрасте, когда ребенок еще не овладел механизмами преодоления проблем, а потому вынужденно использует деструктивные формы защиты – вытеснение негативно окрашенных ощущений из области сознания. Сталкиваясь в дальнейшем с повторяющимся психологическим или физическим насилием, ребенок продолжает использовать в качестве защиты вытеснение. Вытесненные из сознания воспоминания о психотравмирующих ситуациях становятся пусковым механизмом для диссоциативного расстройства личности. В основе формирования данного защитного механизма заложен феномен восприятия происходящих травмирующих событий, словно они происходят с кем-то посторонним, что позволяет ребенку пережить экстремальные психологические переживания и физические ощущения, мысленно отрываясь от ситуации, которую не способен контролировать, ребенок все же сохраняет связь некоторой части сознания с реальностью. Сохраняя эту связь, ребенок, переживающий диссоциацию может создать внутри себя другую личность, которая способна совладать с непереносимой ситуацией.

Таким образом, можно сделать вывод, что диссоциация – есть форма психологической защиты, не применяемая в обычных условиях. Подобная форма защиты используется при тяжелых эмоциональных ситуациях по форме «как будто это происходило не со мной». Переживая ситуацию как бы со стороны, ребенок получает возможность трезво оценивать ее, переживать негативную ситуацию в состоянии эмоциональной собранности и контроля над собственными действиями, в чем собственно и заключается адаптивная функция диссоциации. Обеспечивая способность здравооценить любую ситуацию, диссоциация зачастую блокирует возможность адекватно оценить эмоциональную её составляющую.

III. Феноменологические аспекты диссоциации

Как уже говорилось ранее, изучением механизма воздействия психических травм на становление личности, использование защитных ресурсов привлекало интересы многих исследователей XX века. Не смотря на это, диссоциация как защитный механизм при воздействии психических травм и расстройство множественной личности как крайняя патологическая форма защиты до настоящего времени остаются малоизученными.

В 1981 году американский психиатр Джон Немия сформулировал два основных принципа для определения патологической диссоциации:

1. Диссоциация сопровождается изменением идентичности индивида. Нарушение личностной идентичности может принимать различные формы – от полной утраты способности воспроизводить в памяти основную информацию о самоидентификации (имя, возраст), до существования нескольких альтернизирующих идентичностей, каждая из которых заявляет о своей самостоятельности (в данном случае речь идет о крайней форме патологической диссоциации – расстройстве множественной личности).

2. Наличие серьезного нарушения воспроизведения воспоминаний о событиях, когда индивид находился в диссоциативном состоянии.

В 1985 году Фрэнк Патнем предположил наличие причинно-следственной связи между психическими травмами и патологической диссоциацией, заявив, что подавляющее большинство диссоциативных расстройств является результатом перенесенных психических травм.

Данное методическое пособие не предполагает описания всех сложностей диагностики диссоциативных расстройств, отметим лишь, что это весьма сложный, трудоемкий и растянутый во времени процесс, поскольку пациенты не всегда сами понимают, что с ними происходит и не готовы обсуждать это, а в случае с расстройством множественной личности

альтернизирующие личности являются серьезным препятствием для диагностики и последующей терапии.

В Международной классификации болезней»[7] определены диагностические критерии четырех самостоятельных диссоциативных расстройств:

1. Психогенная амнезия (F44.0);
2. Психогенная фуга(F44.1);
3. Расстройство деперсонализации(F44.3);
4. Расстройство множественной личности (F44.8).

Психогенная амнезия проявляется во внезапной неспособности вспомнить важную личную информацию, при этом нарушение памяти не обусловлено соматическим состоянием или воздействием психоактивных веществ. Забывание затрагивает настолько значимые стороны жизни пациента и обширные моменты, что списать эти факты на рассеянность или бытовую забывчивость не представляется возможным.

Как правило, забытая информация связана с идентичностью индивида и касается его имени, возраста, семейного положения, информации о роде его деятельности, а также истории его жизни. При этом остается неповрежденной способность индивида к воспроизведению совокупности общих знаний, что является основным признаком, отличающим психогенную амнезию от расстройств, обусловленных органическими причинами, при которых прежде всего забывается информация общего свойства, а способность воспроизведения личной информации утрачивается в последнюю очередь. Обычно индивиды, страдающие психогенной амнезией, осознают, что они не могут вспомнить важную личностную информацию, хотя они могут демонстрировать классическое *«прекрасное безразличие»* в отношении своих симптомов.

Во время сеанса девушка могла остановить взгляд в одной точке, через несколько секунд, словно проснувшись, вставала, прощалась и уходила. Придя на следующий сеанс рассказывала, что не помнит, как оказалась дома, или на автобусной остановке. Бывали ситуации, когда пациентка переносила сеанс на день раньше, уверяя, что не сможет прийти в назначенное время. Но на следующий день приходила, уверяя, что ничего подобного не было. Она не помнила, что накануне была на приеме.

Психогенная fuga - это состояние, не вызванное органическим нарушением (травма головы), в котором личность предпринимает внезапную неожиданную поездку. Как правило, у пациентов в состоянии фуги отсутствуют воспоминания, с их исходной личностной идентичностью. После прекращения фуги и возвращения основной идентичности у пациента наступает амнезия на события, которые происходили в состоянии фуги.

Известный случай фуги описан Уильямом Джеймсом в 1890 году:

«17 января 1887 года священник Ансел Бурн из Грина, штат Род-Айленд, снял со своего счёта в банке в Провиденсе \$551, которые он должен был уплатить за участок земли в Грине, оплатил несколько счетов и сел в конный экипаж, направлявшийся в Потакет. Это было последнее событие, которое он помнит. В этот день он не вернулся домой, и о нём ничего не было слышно в течение двух месяцев. В газетах поместили объявление о его розыске, но полиции, подозревавшей, что совершено какое-то преступление, не удалось определить его местонахождение. Однако утром 14 марта в Норристауне, штат Пенсильвания, человек, называвший себя А. Дж. Брауном, который шестью неделями раньше взял в аренду небольшой магазин, заполнил его канцелярскими принадлежностями, кондитерскими изделиями, фруктами, мелкими товарами и вёл всё это время скромную торговлю, не давая повод окружающим заметить что-то необычное, проснулся в испуге, позвал соседей по дому и попросил их сказать ему, где он

находится. Он сообщил, что его зовут АнселБурн, что ему ничего неизвестно о Норристауне, что он ничего не понимает в торговле и последнее, что он помнит, — ему казалось, это было только вчера, — это то, как он брал деньги в банке в Провиденсе... Он был очень слаб, по-видимому, потеряв в весе более 20 фунтов за время своей эскапады, и пришёл в такой ужас от мысли о кондитерском магазине, что отказался там больше появляться.»

Под гипнозом Джеймс восстановил личность Брауна, который рассказал всё случившееся в тот период, но ничего не знал о Бурне. Джеймс и был первым, кто описал это состояние и назвал его «фуга».

В 1985 году журналистка Робертс внезапно исчезла. Ее поиски продолжались целых 12 лет, после чего она была обнаружена на Аляске, правда, сама женщина утверждала, что ее имя Ди, она работала дизайнером и имела 4 детей. Но психиатры постановили, что девушка находится в состоянии фуги и амнезии.

После нескольких месяцев работы, в ходе которых девушка зарекомендовала себя весьма пунктуальной и ответственной, без предупреждения она пропускает сеанс. Вновь приходит на прием через 6 месяцев, после того как «внезапно обнаружила себя за тысячи километров от дома».

Деперсонализация приобретает характер психического расстройства, если пациент переживает один или несколько эпизодов, в которых состояние деперсонализации вызывает значимые нарушения социального функционирования, либо состояние дистресса. Деперсонализация является собой состояние измененного самовосприятия, когда человек утрачивает чувство реальности в отношении самого себя, он словно погружен в сон, воспринимает себя как некий механизм или ощущает себя мертвецом, каким-то образом отчужден от себя или как-то иначе существенным образом

отличается от себя в обычном состоянии. При этом могут иметь место сенсорные нарушения, например, анестезии, парастезии, изменение восприятия размеров тела или отдельных частей тела, макроскопия или микроскопия, а также состояния, характеризующиеся тем, что он воспринимает себя как бы находящимся вне собственного тела и наблюдающим самого себя с некоторого расстояния или из некоторой точки пространства, расположенной над ним.

На одном из сеансов пациентка заявила, что «словила глюк»: «Я видела себя, вернее, свое тело, сидящее в кресле в комнате. А я смотрела на это тело из угла комнаты».

Человек также иногда испытывает состояние пассивного влияния, выражающееся либо в чувстве тотального контроля над ним, либо в чувстве утраты контроля за отдельными функциями (например, речи), которые начинают действовать «сами по себе».

В ходе работы, прослушивая происходящее на предыдущих сеансах, пациентка отмечала несвойственную ей лексику, витиеватые речевые обороты.

Пациент может описывать свои воспоминания как имеющие качество сновидений, которые порой невозможно отличить от фантазии, так что он утрачивает уверенность в том, действительно ли те или иные события происходили с ним в реальности.

Пациентка, случай которой послужил основанием для работы над данным методическим пособием, часто жаловалась на невозможность понимания границ между сном и явью, что ей очень сложно дается осознание спит она или бодрствует, происходят ли какие-либо события в реальности, или это фабула сновидения.

В трудах отечественных психологов (Санкт – Петербург) Белополюской Н. Л., Эйдемиллера Э. Г., описываются случаи деперсонализации:

«Настя, 13 лет. Стала жаловаться родителям на то, что «видит все как сквозь полупрозрачную пленку или через какое-то марево». В дальнейшем у девочки появилось ощущение, что она «находится словно в тумане», «не воспринимает цвета окружающего мира — они не оставляют отклика в душе». Не могла почувствовать вкуса пищи — «ем будто бы сено или солому, никакого удовольствия от еды больше не испытываю». Подобное состояние длилось около месяца, затем внезапно прошло. Через несколько дней стала говорить о том, что «не различает холода и тепла», «не может на ощупь понять, гладкий предмет или шероховатый — я умом понимаю, я же смотрю, но руки не чувствуют». Появилось чувство, что «хронически не высыпается» — «лежу всю ночь, а сна как не бывало, и так уже несколько недель» (со слов родителей, девочка хорошо спала все время). Следует заметить, что чем младше ребенок, тем беднее вербальное выражение деперсонализационных переживаний, что существенно затрудняет диагностику. В некоторых случаях картина деперсонализационных расстройств все же достаточно типична. Приводим характерное наблюдение депрессивно-деперсонализационного синдрома, развившегося на фоне затяжной респираторной инфекции у ребенка младшего дошкольного возраста.

Петя, 4 года. Остро развилось состояние аутоагрессии (рвал себе в кровь губы, веки), требовал «выкинуть» его на помойку к «плохим и грязным дядям», просил поставить его в угол, не дарить на Новый год игрушек, говорил матери, что некоторые части тела не принадлежат ему — «ручки и ножки не мои», «голова не моя», «глазки не мои». Перестал при этом называть себя в первом лице. Просил мать: «скажи моим рукам, чтобы они взяли машинку поиграть, чтобы взяли попить». Брал вещи только после того, как мать говорила: «Ручки, возьмите кружку, возьмите игрушку» и т. п. Резко снизился аппетит, почти не ел и не пил. Подобное состояние длилось около двух недель, постепенно редуцировалось на фоне проводимой антибактериальной, нейролептической терапии и дезинтоксикации».

Отдельной группой в классификации болезней выделены расстройства, которые охватывают сразу несколько диссоциативных феноменов, поскольку они не соответствуют в полной мере описанию основных расстройств, но вместе с тем, они охватывают изменения идентичности, памяти и сознания. American Psychiatric Association [1] в 1987 определила это расстройство как нетипичное диссоциативное расстройство (F44.9).

Анализируя теоретические исследования, практические наработки коллег и свою собственную практику работы, автор предлагает рассматривать указанные феномены не как самостоятельные, существующие изолированно друг от друга, расстройства, а как звенья одной цепи. Другими словами, данные феномены являются симптомами, проявляющимися последовательно или одновременно, одного синдрома. В своей широко известной работе о диагностике и терапии диссоциативных расстройств личности Ф. Патнем писал: «Однако в клинической практике, наблюдая порой пациента, у которого последовательно или одновременно появляются симптомы разных расстройств, бывает трудно поставить дифференциальный диагноз диссоциативного расстройства. Например, у пациентов с расстройством множественной личности могут быть симптомы психогенной амнезии, состояния фуги, а также длительные состояния деперсонализации» [9].

V. Расстройство множественной личности

Клиническая картина расстройства множественной личности является проявлением всех, без исключения диссоциативных расстройств, что позволяет назвать РМЛ крайней степенью выраженности патологической диссоциации.

Множественная личность — это хроническое расстройство, у которого в отличие от других диссоциативных расстройств в соответствии с

классификацией DSM-III/DSM-III-R нет определенных временных границ[1].
При отсутствии должного лечения человек оказывается вынужденным молча страдать всю жизнь.

После нескольких лет работы и попыток разобраться в ситуации, пациентка рассказала, что в ее голове находится «коммуналка», густо заселенная разными людьми, каждый из которых живет своей жизнью, своими интересами.

Множественная личность — остается одним из самых завораживающих и неоднозначных личностных расстройств, которое вызывает споры и сомнения до сих пор, не смотря на то, что диагностические критерии достаточно четко описаны.

В Большом психологическом словаре приводится следующее определение расстройства множественной личности: «РМЛ – этосостояние, характеризующее «существованием внутри индивидуума двух и более отдельных личностей, каждая из которых доминирует в определенное время»[5]. Каждая личность независима, автономна и внешне представляет отдельное и полное Я».

В основе синдрома множественной личности лежит процесс диссоциации, при котором отмечается отчетливое разделение сегментов личности. В разные временные промежутки сознанием управляет разный сегмент личности, получивший название «альтер-личность». Как правило, переходы от одной личности к другой происходят достаточно внезапно, но при внимательном отношении к пациенту специалист имеет возможность отметить эпизоды переключения. Уолтер Франклин Принц в 1917 году описывал клинический случай пациентки с РМЛ: «В данном случае предвестником, указывающим на скорую смену личностей, всегда был определенный тип движения; автору неизвестно, наблюдалось ли нечто подобное у других пациентов. Это движение представляло собой внезапное

резкое подергивание или покачивание головой, иногда имевшее характер почти незаметной судороги, иногда перерастающее в содрогание, сотрясающее все тело пациентки. Это движение было более выражено при переходе от менее развитой к более развитой личности и вообще говоря обычно сопровождало переход от М. к R. D. (Prince W.F., 1917).

Принц отмечал, что переход всегда сопровождался чувством усталости той или иной личности. Переключения были также связаны с переживаниями «боли, горя, страха, уязвленной чувствительности; с невыносимыми воспоминаниями, самообвинениями или другими видами болезненных эмоций, зависели от их внезапности и интенсивности; переключения могли также происходить при переживании пациенткой позитивных эмоций, которые могли быть чересчур бурными или возникали слишком резко». Иногда он наблюдал более 50 переключений в день. В конце лечения две личности, одну из которых звали Больная Дорис (SickDoris), были интегрированы с Настоящей Дорис, тогда как третья личность, Спящая Настоящая Дорис, «исчезла».

В ходе аналитической беседы, как только нами затрагивалась тема взаимоотношений с отцом, взгляд пациентки на несколько секунд останавливался в одной точке, после чего девушка резко менялась в лице, менялся тембр голоса, речь становилась ускоренной, построение фраз и лексическая наполняемость, движения и жестикация становились развязными. На смену внутренним зажимам, которые всегда отмечались у пациентки при упоминании отца, появлялась насмешливость, пациентка легко начинала говорить об «излишней любви папика к дочери». В какой-то момент взгляд пациентки вновь останавливался на несколько секунд в одной точке, после чего вновь отмечались внешние изменения: речь замедлялась, снова менялась лексическая составляющая фраз. При этом пациентка начинала жаловаться на непереносимые головные боли, чувство слабости.

Особенностью таких переключений является тот факт, что главная личность пациента не осознает наличие других личностей, временные отрезки существования альтер-личности не сохраняются в памяти главной личности. Тогда как вторичные личности осознают существование других личностей, однако считают себя основными. Альтер-личности всегда разительно отличаются от главной личности в своем поведении, чувствах в отношении и восприятии различных жизненных событий. Специалисты, работавшие с пациентами с МРЛ, отмечают, что разные личности отличаются друг от друга не только по внешним проявлениям и поведению, но и по результатам проведенных психологических обследований.

В ходе диагностической работы с пациенткой альтер-личностям предлагалось пройти тестирование аналогичными для всех методиками: тест Сонди, тест Роршаха, сокращенный вариант ММРІ – опросник Мини-мульти. На рис. 1 приведены таблицы результатов главной и одной из альтер-личностей, где отчетливо прослеживается разница полученных Т-баллов, при этом следует отметить, что они укладываются в допустимые границы нормы. При этом важно отметить, что результаты, полученные при обследовании альтер-личности, несколько выше, чем данные, полученные от главной личности, что подтверждает теорию о защитной функции альтер-личности. Т.е., появившаяся в результате глубоких эмоциональных переживаний травматической ситуации замещающая личность, принимает на себя переживания, «разгружая» главную личность. Поскольку диагностическая ниша данного психического расстройства до настоящего времени остается дефицитной в плане разработанных и верифицированных методик, автор использовал в ходе работы опросники и тесты, которые использовались ранее в работе с пациентами другими специалистами, и результаты их использования описываются и анализируются в работе Фрэнк Патнема «Диагностика и лечение расстройства множественной личности».

Особенности работы с пациентом с диссоциативным расстройством личности

Специалисты, работающие с пациентами с диссоциативным расстройством личности, отмечают, что подавляющее большинство в прошлом были жертвами сексуального, физического или эмоционального насилия, а следовательно, жизнь их наполнена секретами и тайнами, которые они зачастую не раскрывают не только окружающим, но и самим себе. Самым важным и трудным этапом в работе с такими пациентами является доверие. Именно установление терапевтического альянса становится первым этапом терапевтической работы по интегрированию личности пациента.

Личность, пережившая любую форму насилия, как правило, находится в твердой убежденности собственной вины в том, что произошло. Такие пациенты боятся осуждения и непонимания, а потому прежде чем раскрыться, они подолгу проверяют специалиста на искренность. Фрэнк Патнем говорит о важности реакции терапевта для личностной системы пациента, о значимости искренней реакции специалиста на раскрываемые события.

Проявив доверие к специалисту, пациент в ходе всей дальнейшей работы, тем не менее, продолжает устраивать испытания специалисту, поскольку его не покидает страх, что в какой-то момент специалист может отказаться от дальнейшей работы.

Работа с пациентами с РМЛ требует от специалиста предельного внимания к внешним особенностям поведения пациента, к особенностям лексики и мимики. Поскольку переключение, т.е. процесс смены одной альтер-личности на другую, является основным поведенческим феноменом РМЛ, специалист должен уметь замечать момент переключения и распознавать альтер-личности по их индивидуальным характеристикам. В описанном автором клиническом случае моменту переключения

предшествовало застывание взгляда в одной точке на несколько секунд, поэтому в ходе сеанса от специалиста требовалось пристальное внимание, контакт «глаза в глаза». Подобная сосредоточенность на малейших изменениях особенно важна на первых этапах работы, когда специалист еще не достаточно хорошо изучил поведенческие особенности альтер-личностей и не может по ним быстро определить факт переключения.

Принимая во внимание типологию альтер-личностей, которую предлагает Фрэнк Патнем, необходимо учитывать, что помимо «помогающих», идущих на контакт личностей, существуют такие, которые негативно настроены на терапию и создают сложности в работе, намеренно путая специалиста, провоцируя его отказаться от работы с пациентом.

Контроль над физическим телом пациента и конфликт ценностей и интересов альтер-личностей считается основным источником напряжения, первые этапы терапевтического вмешательства, несомненно, усиливают этот конфликт, что приводит к учащению переключений. Пациент может принять это как ухудшение состояния и отказаться от дальнейшей работы. Своевременное предупреждение пациента о возможных временных ухудшениях – залог успешного продолжения сотрудничества специалиста с пациентом.

Признаком успешности проводимой работы следует считать усиление контроля пациента над переключениями. Однако, полный контроль над сознанием возможен только при достижении полной интеграции личностной системы пациента.

Как правило, главные личности проявляют попытки подавить альтер-личности, применяя различные попытки недопущения переключения, опасаясь, что полностью утратят контроль над телом, «не смогут вернуться». Подобное подавление не может быть абсолютным. А проявление давления в отношении альтер-личностей провоцирует у них реакцию отыгрывания.

Относительный контроль над переключением становится возможным только при условии принятия главной личностью факта существования альтер-личностей с последующей договоренностью и учетом интересов всех составляющих личностной системы.

Работая с альтер-личностями, специалисту важно сохранять понимание того, что он контактирует не с отдельными самостоятельными личностями, а с составляющими частями единой личностной системы. Вместе с тем, устанавливая терапевтический альянс с пациентом, важно достигнуть его со всеми альтер-личностями в индивидуальном порядке.

Как уже говорилось ранее, появление альтер-личностей как конечного этапа диссоциации - есть проявление защитной реакции личности на травматический жизненный опыт, который воспринимается самой личностью как непереносимый. В последующем появившиеся альтер-личности не только абсорбируют непереносимые переживания, но и начинают выполнять бытовые функции или нести ответственность за решение определенных задач в жизни пациента: альтер-личность, обладающая физической силой и выносливостью отвечает за выполнение мужских бытовых обязанностей (например, строительство и ремонт), альтер-личность, обладающая дипломатическими способностями выходила для успешных переговоров с окружающими, третья личность, проявляющая литературные способности, успешно их реализовывала при необходимости написания любых учебных заданий.

Основная функция альтер-личностей – защита психики главной личности от непереносимых воспоминаний. Паралоксально, что не только главная личность не обладает воспоминаниями в полной мере, не все альтер-личности в равных долях осведомлены о жизни главной личности. По мере того, как ходе коррекционной работы все составляющие личностной системы узнают информацию, которая долгое время держалась в тайне, снижается актуализация диссоциации. В ходе проработки подобных тайн раскрываются

детали переживаний, связанных с жестокостью пережитого насилия, что, несомненно, вызывает у специалиста ответные глубокие переживания. При этом сам пациент испытывает неудобство, что подобная информация может быть неприятной для специалиста, что он может быть не готов ее принять, вследствие чего со стороны пациента может проявляться скрытность. На данном этапе работы от специалиста требуется готовность работать с тем материалом, который открывается на сессиях, и четкое понимание состояния пациента, который проявляет попытки оградить врача.

Отличительной особенностью пациентов с диссоциацией является активное использование дезадаптивных механизмов защиты на любые стрессовые ситуации. Психологическая проработка прошлого негативного опыта и скрытых переживаний помогает пациентам сформировать более адекватные и продуктивные способы совладания. Замена патологических способов защиты на более приемлемые зависит от глубины раскрытия и проработки скрытых травматических переживаний. Успешность коррекционной работы основана на раскрытии и проживании эпизодов прошлого, отреагировании и интегрировании своего прошлого. Успешная проработка и ассимиляция травматического опыта, разделенного между альтер-личностями, возможна только при участии в работе и активном сотрудничестве всех составляющих личностного единства. Причем речь идет не только о сотрудничестве альтер-личностей со специалистом, но и между собой.

Достижение успеха на данном этапе работы в значительной мере повышает качество жизни пациента, вносит структурность в повседневность, однако, для достижения полной интеграции личности необходима полная проработка всех без исключения компонентов травмы. Удовлетворенность пациента достигнутыми на данном этапе результатами и нежелание узнавать более глубинные переживания проявляется в отказе от дальнейшей работы и желании сохранить свою множественность.