

Клиническая
психология

Фрэнк В. Патнем

**Диагностика
и лечение
расстройства
множественной
личности**

Фрэнк В. Патнем
Диагностика и
лечение расстройства
множественной личности
Серия «Клиническая психология»

Текст предоставлен правообладателем

http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=66285630

*Диагностика и лечение расстройства множественной: «Когито-
Центр»; Москва; 2004
ISBN 5-89353-106-X*

Аннотация

Перевод на русский язык книги известного американского психиатра Ф. В. Патнема восполняет существенный пробел в отечественной литературе по проблеме диссоциативных расстройств. Многолетний опыт работы с пациентами, страдающими расстройством множественной личности, позволяет автору книги рассеять атмосферу таинственности, созданную вокруг этого расстройства. В книге дается детальное описание клинической картины, диагностики и терапии расстройства множественной личности и примеры успешного применения разработанной автором стратегии лечения.

Рекомендуется в качестве руководства и учебного пособия для психологов, психотерапевтов, психиатров, студентов медицинских вузов.

Содержание

Предисловие научного редактора	7
Предисловие к русскому изданию	19
Предисловие	21
Глава 1	25
История изучения диссоциации	27
Современники Жане	30
Спад интереса к диссоциации	32
Возрождение интереса к диссоциации	36
Определение диссоциации и описание диссоциативных феноменов	38
Принципы диссоциативной психопатологии	39
Функции диссоциации	45
Диссоциативный континуум	45
Адаптивные функции диссоциации	51
Диссоциативные расстройства в классификациях DSM-III и DSM-III-R	53
Психогенная амнезия	54
Психогенная фуга	57
Деперсонализационное расстройство	60
Неуточненное диссоциативное расстройство	64
Множественная личность	64
Диссоциативные расстройства, не включенные	66

в DSM-III[13]	
Гипноидные состояния	66
Сомнамбулизм	69
Состояние одержимости	73
Переживания выхода из тела и околосмертные переживания	80
Некоторые бредовые синдромы	83
Факторы, оказывающие влияние на тип диссоциативной реакции	85
Возраст	85
Пол	86
Резюме	89
Глава 2	91
История расстройства множественной личности	94
Самые первые случаи	94
Рост интереса к диагнозу «множественная личность»: 1880–1920 годы	97
Конец ознакомительного фрагмента.	104

Фрэнк В. Патнем
Диагностика и
лечение расстройства
множественной

Diagnosis and Treatment of
MULTIPLE PERSONALITY DISORDER
FRANK W. PUTNAM, MD

Научный редактор – Г. В. Старшенбаум

Все права защищены. Любое использование материалов данной книги полностью или частично без разрешения правообладателя запрещается

Published by arrangement with Guilford Publications, Inc.

© Frank W. Putnam, 1989

© Перевод на русский язык «Когито-Центр», 2004

* * *

Предисловие научного редактора

Когда говорят о множественной личности, вспоминается латиноамериканский сериал, героиня которого живет как во сне и не может вспомнить себя прежнюю, подлинную. Но так бывает не только в Латинской Америке.

Английскую королеву детектива Агату Кристи целый год искала вся страна. Нашли ее совершенно случайно в психиатрической больнице. Она называла себя разными именами, не узнавала ни мужа, ни сестру, ни дочь и то ли не могла, то ли не желала вспоминать о своем прошлом. Только сеансы гипноза заставили ее признать себя Агатой Кристи и вспомнить, что же произошло.

Она ухаживала за тяжело больной матерью, к которой была очень привязана, и тут на фоне крайнего перенапряжения физических и душевных сил случилась беда: полковник Кристи, горячо любимый муж, которому Агата полностью доверяла, неожиданно объявил, что полюбил другую. Обезумев от переживаний, несчастная женщина покинула свой дом... Гипноз воскресил ее прежнюю. Так быстро и много, как после выздоровления, она не писала никогда.

Сходные состояния известны с незапамятных времен. В египетском «Папирусе Эверса», датированном 1550 г. до н. э., описано эмоциональное расстройство у женщин, которое объясняется неправильным положением матки; для его ле-

чения применялось окуривание влагилица дымом лечебных трав. В Древней Греции во времена Сократа и Платона (V–IV вв. до н. э.) психогенные нарушения нарекали *истерией* (греч. *hystera* – матка), связывая их с «бешенством матки», и поскольку чаще всего они наблюдались у незамужних женщин, им рекомендовалось вступить в брак.

Истерический синдром представляет полиморфное и переменное сочетание диссоциативных и конверсионных расстройств. Понятием *конверсия* (лат. превращение) Фрейд назвал превращение вытесненных переживаний в символически связанные с ними телесные симптомы: двигательные, сенсорные и вегетативные. Путем этих превращений достигается «*первичная выгода*» – ослабление тревоги с помощью защитных механизмов психики.

Для истероидного поведения характерна «*вторичная выгода*» от нарушенных функций, позволяющая избегать неприятных обязанностей и обращать на себя внимание, получать какие-то поправки. Большинству истеричных больных свойственны эгоцентризм, самовнушаемость и внушаемость, аффективно-непоследовательное мышление, истерические фантазии, патологическая лживость, склонность к беспорядочным полупроизвольным ситуационным реакциям, демонстративно-шантажное поведение. В настоящее время термин «истерия» исключен из научного употребления как компрометирующий и заменен термином «гистрионный» (лат. театральный) для описания личностного рас-

стройства и термином «конверсионный» для расстройств, упомянутых выше.

Диссоциация (лат. разделение) – бессознательный процесс, разделяющий психические функции или личность в целом на отдельные изолированные друг от друга составляющие. Этим же термином называют психологическую защиту от внутреннего конфликта за счет утраты интегративной функции Я. При диссоциации автоматические функции выпадают из-под контроля сознания, эмансипируются и начинают управлять поведением человека.

Диссоциацию следует отличать от качественно иной формы расщепления психики – *схизиса* (греч. раздробление), при котором происходит фрагментация всех психических функций. Схизис приводит не только к дезинтеграции Я, но и к одновременному сосуществованию *разнонаправленных* тенденций во всех сферах психики. Эта специфическая психологическая защита дала название шизофрении, при которой возможна бредовая идентификация личности, но не личностная система, состоящая из двух и более автономных «личностей», как при расстройстве множественной личности.

Термином «расщепление» пользуются также для обозначения такой психологической защиты, как сплиттинг (*англ.* расщепление), имея в виду неспособность личности интегрировать положительные и отрицательные качества объекта, из-за чего индивид воспринимает себя и других либо как

абсолютно хороших, либо как абсолютно плохих. Сплиттинг характерен для пограничного расстройства личности.

Диссоциативные расстройства включают амнезию, фугу (реакцию бегства), транс, ступор, расстройство личностной идентификации (в виде множественной личности), деперсонализацию, дереализацию, одержимость и синдром Ганзера.

Диссоциативная амнезия возникает чаще всего после угрозы смерти или эмоциональной травмы. Амнезируется обычно только травматический эпизод; возможно безразличие к нарушению памяти, хотя оно и осознается. Это состояние длится до нескольких дней, начинается и заканчивается внезапно. При наличии вторичной выгоды или повторном воздействии стрессора бывает затягивание эпизода или его рецидивирование. На высоте расстройства оно может перейти в *диссоциативное сумеречное состояние*, когда пациент дезориентирован, не узнает знакомых, бесцельно блуждает, галлюцинирует.

Диссоциативная fuga (лат. бегство) отличается от описанного выше расстройства тем, что больной не осознает расстройства памяти и не выглядит дезориентированным. Он производит впечатление организованного и малозаметного человека, характер которого нередко отличается от его прежнего. Больной может неожиданно покинуть свой дом, семью и работу и забыть о них, при этом заниматься достаточно сложной деятельностью, что отражено в другом названии расстройства – *амбулаторный автоматизм* (лат.

ambulare – ходить). Больные могут быстро утратить воспоминания о своей прошлой жизни и понимание того, кто они (но не называют себя разными именами, как в приведенном случае с Агатой Кристи).

При *дереализации* окружающее воспринимается без эмоционального резонанса, как безжизненное, не имеющее отношения к настоящей реальности, которая куда-то исчезла. Возможно чувство нахождения себя одновременно в двух местах (двойная ориентировка). Часто нарушается восприятие времени, отмечаются явления *уже виденного* (франц. *déjà vu*) в новых ситуациях и *никогда не виденного* (франц. *jamais vu*) в привычной обстановке. Наблюдаются также такие проявления расстройства, как *никогда не слышанное* (франц. *jamais entendu*) – знакомые слова и выражения воспринимаются как впервые услышанные; *никогда не пережитое* (франц. *jamais vécu*) – повторяющееся событие воспринимается как происходящее впервые; *вовсе неизвестное* (франц. *jamais su*) – хорошо усвоенные прежде знания не могут быть воспроизведены.

При переживании *деперсонализации* индивид ощущает, что сознание себя, ощущения и чувства отчуждены, он как будто наблюдает за собой со стороны с чувством раздвоенности (часто это связано с состоянием клинической смерти). Выделяют *болезненную психическую анестезию* с тягостным отсутствием чувств и *соматопсихическую деперсонализацию* с расстройством схемы тела, его отчуждением или изменени-

ем в размерах. В последнем случае может утрачиваться чувственная окраска физиологических процессов: отсутствует чувство сна и насыщения пищей, облегчение от опорожнения мочевого пузыря и кишечника.

Одержимость – состояние, связанное с убежденностью в нежеланном нахождении под властью другого лица, обычно наделенного в представлении человека магической силой. Когда женщина с помощью колдуньи делает приворот неверному мужу, то, по ее мнению, он становится влюбленным поневоле, то есть одержимым. Теперь она уверенно пользуется своими чарами и переигрывает соперницу.

Расстройство множественной личности (РМЛ) – аналог одержимости в современной западной культуре. Характеризуется внезапными переключениями между разными конфигурациями личностных черт – субличностями, которые воспринимаются как цельная личность-двойник. Таких двойников может быть от двух до ста и более, они могут знать о наличии друг друга, и между ними могут быть определенные отношения, но на каждый данный момент проявляется обычно лишь одна личность. Каждая личность обладает собственной памятью и характеристиками поведения (пол, возраст, профессия, манеры и т. п.), осуществляя при своем появлении полный контроль над поведением индивида. После прекращения эпизода амнезируется как действовавшая в нем личность, так и сам эпизод. Поэтому человек может не подозревать о своей второй жизни, пока не столкнется слу-

чайню с ее доказательствами: незнакомые люди обращаются к нему как к знакомому, называют другим именем; обнаруживаются документальные подтверждения его поведения, неожиданные для него самого. Когда больные сталкиваются с наличием у себя амнезии на какой-то период или проявлениями второй личности, они склонны скрывать свое расстройство, опасаясь негативного отношения окружающих. Поскольку ярлык множественной личности придает этому расстройству определенную сенсационность, – подразумевается реальное существование других личностей, – в современных классификациях (DSM-IV и МКБ-10) оно диагностируется как *диссоциативное расстройство идентификации (ДРИ)*.

Синдром Ганзера назван так по имени описавшего его в XIX в. немецкого психиатра. Наблюдается в основном у молодых мужчин с психопатией, попавших в тюрьму. Отмечается грубая, наивная демонстрация психической болезни: заторможенность, мимика растерянности, детское поведение, жалобы на непонимание, нелепые ответы в плоскости вопроса («мимоговорение»), беспомощность в элементарных ситуациях при сохранности сложных движений и действий («мимодействия»). Поведение зависит от того, чувствует ли пациент, что за ним наблюдают. Расстройство заканчивается внезапно с демонстрацией амнезии на время болезненного эпизода.

Диссоциативный ступор (лат. оцепенение). Больной за-

стывает, чаще в лежачем положении, молчит, не реагирует на прикосновения и обращенную к нему речь, иногда активно отворачивается и совершает другие выразительные движения.

Транс (лат. *trans* – приставка, означающая переход, здесь – переход в иное состояние) характеризуется утратой чувства собственной идентичности, при этом необычно сужается сознание с избирательной фокусировкой на определенном объекте и ограничением повторяющегося репертуара движений и речи. В *гипнотическом транс*е наблюдается максимальный регресс психики с включением примитивной функции «следования за лидером», что обеспечивает повышенную внушаемость. При этом развивается состояние диссоциации, когда примитивная часть психики функционирует под влиянием внушений, низшая часть зрелой личности обеспечивает реализацию внушений как мотивированных собственным Я, а высшая ее часть, которая отвечает за критику (тест реальности) и сознательное запоминание происходящего, блокируется специфическим поведением гипнотизера. Гипнотическое состояние за счет искусственно вызванной диссоциации позволяет пациенту оживить, проработать и интегрировать в сознание утраченное воспоминание.

Некоторые авторы считают гипнотическое состояние искусственно вызванным истерическим неврозом. И именно у истероидных личностей описаны такие осложнения при гип-

нотизации, как возбуждение или припадки, спонтанный сомнамбулизм, потеря раппорта (*франц.* контакта) переход сомнамбулизма в непробудный сон (гипнотическую летаргию). Эти и другие отрицательные последствия гипнотерапии возникают обычно вследствие недостаточной профессиональной компетентности гипнотерапевта.

Диагностику диссоциативных состояний облегчают следующие признаки: знание о перенесенной психотравме, амнезия ранних школьных лет и жалобы на пробелы в памяти, необъяснимое для пациента саморазрушающее поведение, упоминание о себе в третьем лице или во множественном числе первого лица. Кроме того, наблюдается закатывание глаз или спонтанное впадение в транс («отключка») и голоса в голове. Подробнее диагностические процедуры для выявления диссоциативных расстройств описывает автор этой книги – один из наиболее авторитетных исследователей данной проблемы. Можно также порекомендовать другую книгу: Steinberg M.: Structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D). Washington, DC: American Psychiatric Press, 1993.

К сожалению, диссоциативное расстройство идентичности часто ошибочно диагностируется в рамках более известных клиницистам расстройств: шизофрении, аффективных расстройств, височной эпилепсии, алкоголизма, психопатии. Сложные проблемы диагностики, определения вменяемости и стратегии психотерапии больного с РМЛ документально

описывает Дэниел Киз в книге «Множественные умы Билли Милигана» (М.: Эксмо; СПб.: Домино, 2002). Хотя к РМЛ до сих пор относятся как к невротическому расстройству, Вильям Миллиган оказался первым человеком в истории США, которого суд признал невиновным в совершенных им преступлениях по причине психического расстройства в форме РМЛ. Интересно, что самое непосредственное участие в судьбе Миллигана принимали упоминающиеся в книге Фрэнк Патнема доктор Корнелия Вильбур, вылечившая в свое время известную Сибил Дорсетт, и Дэвид Каул, разработавший методику групповой (в том числе «внутренней групповой») психотерапии, а также видеотерапии больных с РМЛ.

Работа с такими больными чрезвычайно сложна и требует высочайшей квалификации психотерапевта. Предлагаемая вниманию читателя монография, несомненно, может помочь профессионалам в лечении этой не такой уж малочисленной группы больных. Но она может дать больше, как подсказывает мой опыт преподавателя и супервизора. Начиная психотерапевт часто заменяет эмпатию как интуитивное понимание внутренних координат пациента собственными представлениями о нем. В то же время еще в 1957 г. М. Балинт в своей книге «Врач, его пациент и его болезнь» определил фокус терапевтического вмешательства как «правильный настрой психотерапевта на одну волну с пациентом», что приводит к молниеносному интуитивному

озарению, отсюда его краткосрочная модель лечения – «флэш-терапия». Что же мешает пользоваться своей интуицией начинающему психотерапевту?

Думаю, что страх «впустить» в себя чужую личность и перейти в диссоциированное состояние, в котором взаимодействуют две субличности: модель пациента и терапевт. Самое интересное, что избежать этого проникновения все равно не удастся, и бесконтрольно внедрившаяся модель пациента начинает манипулировать терапевтом «изнутри». Полагаю также, что этот же страх (по сути страх одержимости) мешает обучающимся аналитикам проходить учебный анализ. Вместо этого некритично усваивается образ педагога, которому потом неосознанно подражают. Однако такой интроект (субличность) – чужеродное образование, которое мешает голосу собственной интуиции, а если оно наделено такими чертами учителя, как стремление самоутвердиться, критикуя «наивные» догадки и навязывая «правильные» мысли, то психика поневоле диссоциируется. В результате – хотелось бы одно, а делается другое, а раз не получается, значит, недоучился, надо еще что-нибудь почитать.

Так что хочу пожелать вам, дорогой коллега, отдаться захватывающему чтению этой интереснейшей книги с главной целью: найти проявления диссоциации в собственной жизни и в жизни своих пациентов, в своей работе с ними и научиться эффективно использовать свою способность к диссоциации. Не сомневаюсь, что с помощью такого умудрен-

ного опытом гида, как Фрэнк Патнем, вы сможете достичь этой цели. Успеха!

*Г. В. Старшенбаум, кандидат медицинских наук,
врач-психотерапевт высшей категории,
преподаватель Высшей школы психологии при Институте
психологии РАН и Института психоанализа при МГУ*

Предисловие к русскому изданию

Я горжусь тем, что моя книга переведена на русский язык и издается в России. В основу этой книги положены результаты усилий небольшого числа действительно одаренных психотерапевтов, которые спокойно выполняли свою работу и помогали людям, страдавшим от расстройства множественной личности (РМЛ), в то время как многие другие ставили под вопрос само существование данного расстройства. Сейчас уже можно сказать, что знания, изложенные в этой книге, прошли проверку временем. Научные исследования подтвердили, что диссоциация (психофизиологический процесс, лежащий в основе РМЛ) имеет решающее значение при воздействии травматического переживания на человеческую психику. Новые методы оценки диссоциативных феноменов позволили нам изучать влияние диссоциации на такие базовые психические процессы, как научение и память. Оказалось, что диссоциация является мощным соматическим фактором, формирующим телесные реакции в ситуациях, вызывающих у субъекта интенсивные воспоминания о когда-то пережитой им психической травме.

Расстройство множественной личности, известное также как расстройство диссоциированной идентичности, представляет собой крайнюю форму диссоциации. Это расстройство возникает в результате тяжелой психической травмы и

депривации, пережитых субъектом в детстве в период критических фаз развития. Все больше и больше становится известно о взаимоотношении между диссоциацией и тяжелыми нарушениями связей между ребенком и его родителями. Исследования указывают также на корреляцию между увеличением выраженности диссоциации и физическими изменениями в ключевых областях мозга, о которых известно, что они обладают особой реактивностью на стресс и депривацию. Знания о диссоциации, накопленные за последние годы, позволяют нам рассеять атмосферу таинственности вокруг расстройства множественной личности, созданную некоторыми произведениями массовой культуры. РМЛ – это необычные формы психологической адаптации к фрагментированному переживанию ребенком психической травмы. Конечно, РМЛ является несчастьем для тех, кто страдает этим расстройством, вместе с тем работа с этими пациентами дает нам много для понимания влияния травматических переживаний на психическое развитие ребенка.

Я с нетерпением ожидаю установления контактов с моими российскими коллегами и желаю всем моим российским читателям мира и благополучия.

Фрэнк В. Патнем

профессор педиатрии и психиатрии Цинцинатти, Огайо.

15 марта 2003 г.

Предисловие

Стимулом, побудившим меня взяться за работу над этой книгой, стали многочисленные консультации, которые я давал по телефону терапевтам по поводу пациентов с новым тогда еще диагнозом «расстройство множественной личности»¹ (РМЛ). Однажды я понял, что в который уже раз повторяю одно и то же, вновь и вновь отвечая на одни и те же вопросы и разбирая одни и те же проблемы. Обычно за неделю я давал три или четыре таких консультации, однако иногда мне столько же раз с этими вопросами звонили по телефону в течение одного дня. Несколько лет спустя, стремясь к тому, чтобы облегчить себе работу по телефонному консультированию, я взялся за рассылку опросных листов и избранных публикаций, посвященных проблемам, которые волновали обращающихся ко мне за помощью специалистов. Однако и эта работа отнимала у меня много времени, так как мне приходилось самому делать копии статей и заниматься

¹ Диагноз «расстройство множественной личности» (Multiple Personality Disorder, MPD) впервые был определен в 1980 г. в американском классификаторе психиатрических расстройств DSM-III. При последнем пересмотре, в DSM-IV, название этого расстройства было изменено на «расстройство диссоциированной [личностной] идентичности» (Dissociated Identity Disorder, DID). При этом суть основных характеристик этого расстройства, изложенных в формулировках его диагностических критериев, осталась неизменной. (*Примечание переводчика.*)

рассылкой материалов. Я не переставал мечтать о книге, которая послужила бы своего рода введением в проблему множественной личности для тех терапевтов, которые впервые сталкиваются с данным расстройством. Постепенно я понял, что я сам должен реализовать мою мечту и написать книгу.

«Диагностика и лечение расстройства множественной личности» адресована терапевтам, у которых нет опыта работы с пациентами, страдающими диссоциативными расстройствами. В книге представлен синтез идей, технических приемов и стратегий, прошедших проверку при лечении большого числа пациентов в терапевтической практике опытных специалистов. Здесь я намеревался обобщить и представить профессионалам в области психического здоровья основные направления теоретических подходов и достижения клинической практики сообщества терапевтов, специализирующихся в лечении РМЛ. Книга содержит множество ссылок, в том числе перекрестных, поэтому она может послужить и справочником, и руководством по введению в данную проблему. Я старался приблизить содержание книги к практическим потребностям клиницистов.

Я придерживался сбалансированной позиции в отношении обсуждаемых здесь вопросов, опираясь на мнение тех, кто внес существенный вклад в наши знания. Иногда довольно трудно определить, кому следует отдать предпочтение в отношении авторства некоторых идей или терапевтических интервенций, поскольку ни устное предание, ни клиниче-

ская традиция не сохранили сведений об их происхождении. Между тем именно эти идеи и терапевтические методы составляют ядро нашего знания. Возможно, на тех, кто следит за публикациями по проблеме РМЛ (количество которых все время увеличивалось в последнее время), наиболее сильное впечатление произвело то, как часто появлялись независимые сообщения от разных специалистов о наблюдении сходных фактов и эффективности тех или иных терапевтических интервенций и приемов. Поэтому нет ничего удивительного в том, что нам то и дело приходится слышать о претензиях на первенство в отношении открытий, получивших всеобщее признание.

Одна из целей этой книги состояла в развенчании мифов, сложившихся вокруг этого расстройства. Кроме того, я хотел показать, что концепция множественной личности является одной из наиболее значимых для динамической психиатрии и психологии в целом, занимает особое положение в их истории и оказала существенное влияние на развитие этих областей знания. Я убежден, что в будущем изучение РМЛ сулит много интересных открытий, а идеи, заложенные в основание концепции РМЛ, займут узловые позиции в моделях человеческого сознания, которые и прежде принадлежали им по праву. РМЛ представляет собой естественный эксперимент, раскрывающий весь диапазон возможностей человека, а также пути к пониманию биологической связи между психическими состояниями и соматическими фено-

менами. При лечении РМЛ искусство психотерапии получает естественное развитие, открываются новые аспекты «лечения словом». Я считаю, что для нас больше пользы принесет усвоение уроков, преподаваемых нам РМЛ, чем инициация бессмысленных дискуссий о «реальности» этого расстройства.

Я хочу поблагодарить Джулию Гуров за помощь и поддержку, которую она оказала мне во время работы над книгой, а также Эван Де Ренцо за ее мастерскую работу редактора. Я высоко ценю поддержку и советы Ричарда Левинштейна, Роберта Поста, Дэвида Рубинова и Ричарда Витта, которые я получал от них в течение ряда лет. Особенную благодарность я хочу выразить моим пациентам и друзьям, страдающим расстройством множественной личности, которые поделились со мной своими мыслями, чувствами и жизненным опытом, помогая мне в изучении этого расстройства.

Посвящается моей любимой жене Карен

Глава 1

Диссоциация

Сегодня возрождается интерес к роли диссоциации в механизмах формирования симптомов разных психиатрических расстройств. Этот процесс нашел выражение в определении диагностических критериев диссоциативных расстройств и их официальном признании (American Psychiatric Association, 1980a, 1987). Вместе с тем активно изучается влияние диссоциации на формирование клинической картины и других расстройств (например, посттравматического стрессового расстройства, тревожных расстройств, соматоформных расстройств, расстройств импульсивного контроля; гендерных и сексуальных расстройств, а также некоторых расстройств личности по Оси II, в частности, пограничного расстройства личности) (Bernstein, Putnam, 1986). Традиционно диссоциативные расстройства определяются как острые, преходящие пограничные реакции, являющиеся непосредственным ответом на психотравмирующее воздействие. Однако лишь недавно было официально признано, что возможна и хроническая диссоциативная патология, проявляющаяся либо как основное расстройство (например, расстройство множественной личности), либо как психофизиологический процесс, имеющий решающее значение для об-

разования симптомов некоторых психических расстройств (таких, например, как посттравматическое стрессовое расстройство). Вместе с тем диссоциативный процесс привлекает внимание и исследователей, поскольку диссоциации открывают новые перспективы в исследованиях закономерностей психофизиологических механизмов психосоматических феноменов, а также в создании теоретических моделей влияния психической травмы на ключевые этапы развития индивида, например, консолидацию Я.

История изучения диссоциации

Работы Жана Обычно исторические экскурсы, посвященные исследованиям диссоциации, открываются описанием работ Пьера Жана (Janet, 1859–1947) (Hart, 1926; White, Shevach, 1942; Kirshner, 1973; Hilgard, 1977). Однако сам Жане неизменно отмечал, что своими достижениями он обязан Пюисегюру и Берtrandу, – «магнетизерам», работы которых были открыты заново в XIX веке (Ellenberger, 1970). Элленбергер (Ellenberger, 1970) дал оценку изысканиям этих «магнетизеров» в своем фундаментальном труде, посвященном истокам и становлению динамической психиатрии. Сам Жан-Мартин Шарко (West, 1967) находился под влиянием концепции и метафор диссоциации Жана и считал, что сознание пациента, страдающего истерией, разделено на несколько потоков. Все же именно Жане возглавляет когорту клиницистов и исследователей, занимавшихся проблемой диссоциации.

Жане родился в 1859 году во Франции в семье, принадлежащей к верхушке среднего класса. Он был блестящим студентом, лауреатом нескольких национальных конкурсов, обладателем престижного звания члена Французской академии наук, École Normale Supérieure. Несмотря на то, что первое его образование было философским, он был горячим последователем идей Жана-Мартина Шарко, возвративше-

го гипноз в сферу профессиональных научных изысканий. В 1883 году Жане вступил в должность профессора философии в лицее Ле-Гавр. С первых шагов деятельности в этой должности он начинает сбор клинического материала для своей докторской диссертации. Местный врач, доктор Гиббер, познакомил Жане со своей пациенткой Леони, которую можно было загипнотизировать на расстоянии. Жане провел с Леони серию экспериментов, результаты которых были изложены в докладе, прочитанном его братом Жюлем осенью 1885 года на научной конференции в Париже. Первые эксперименты Жане вызвали искренний интерес Шарко, Фредерика Майерса, Шарля Рише и других известных исследователей и клиницистов, многие из них приезжали в Ле-Гавр, чтобы лично обследовать Леони. Результаты экспериментов Жане подтвердились. Вскоре благодаря этому успеху и новым публикациям он приобретает известность в философских и психологических кругах.

Возвратившись в Париж в 1889 году, Жане приступает к медицинским исследованиям. Его освобождают от исполнения некоторых обязанностей в Сальпетриере, поэтому у него появляется возможность уделять больше времени исследовательской работе с пациентами Шарко. В основу его теоретических построений лег материал, полученный им в работе с Леони, а также с другими пациентками: мадам Д., Марсель, Изабель и Ачиль. Изучая пациентов, страдающих от амнезии, фуг, «последовательных существований» (так Жане на-

зывал альтернирующие² личности), а также конверсионных расстройств, Жане приходит к выводу, что эти симптомы вызваны активностью отщепленных частей личности (или, по Жане, «предсознательных фиксированных идей»), которые развиваются самостоятельно и существуют независимо друг от друга. Он показал, что появление диссоциированных элементов психики, являющихся причиной симптомов или особенностей поведения пациентов, связано с травматическими переживаниями пациента. Одна из стратегий лечения, предложенная им, состояла в привнесении отщепленных воспоминаний и аффектов в сознание пациента и последующей их трансформации в курсе терапии (Ellenberger, 1970).

Жане никогда не стремился расширить свои теоретические взгляды на диссоциацию до общей модели психики. Известно, что он был скромным, вдумчивым человеком, который скрупулезно фиксировал данные наблюдений и предпочитал истолковывать результаты своих исследований в рамках существующей традиции (Ellenberger, 1970). Он сосредоточил свои усилия на исследованиях феноменов истерии, гипноза и никогда не включал в сферу своих научных интересов другие формы психопатологии или аспекты природы

² В англоязычных публикациях, посвященных проблемам множественной личности, утвердился термин *alter*, принятый для обозначения диссоциированной личностной структуры (или, согласно DSM-IV, диссоциированной [личностной] идентичности), который дальше будет переводиться на русский язык как «альтернирующая личность» или просто «альтер-личность» (по аналогии с «альтер-Эго»). (Примечание переводчика.)

личности (Hart, 1926; Crabtree, 1986)³.

Современники Жане

На противоположной стороне Атлантики выдающиеся американские ученые Борис Сидис и Мортон Принц продолжили разработку концепции диссоциации Жане (Hilgard, 1977; Crabtree, 1986). Сидис, ученик великого психолога Вильяма Джеймса, изучал «внушаемость» у нормальных субъектов и психиатрических пациентов. Он пришел к выводу о сосуществовании в каждом индивидуе двух потоков сознания, представленных двумя отдельными Я (selves): «бодрствующим Я» и «Я, находящимся ниже уровня бодрствования» (Crabtree, 1986). Согласно Сидису, Я, находящееся ниже уровня бодрствования, свободно от норм морали, всегда стремится к завершению какого-либо действия, очень восприимчиво к эмоциональным воздействиям со стороны толпы и коллектива, и для него не свойственна целенаправленная осмысленная активность.

Мортон Принц, основатель «Журнала психопатологии» (*Journal of Abnormal Psychology*) и неформальный ли-

³ Пьер Жане (1859–1947) – директор психологической лаборатории в Сальпетриере и затем профессор психиатрии в Коллеж де Франс, известен своими работами «О психике истеричных», «Психический автоматизм» и двухтомным сочинением «Обсессии и психастения» (1904), в котором он дал глубокий психологический анализ психопатологических симптомов, связав их с конституциональной слабостью интеграции личности. (*Примечание научного редактора.*)

дер бостонского общества психопатологов, также с готовностью воспринял идеи Жане, ставшие фундаментом его собственной теоретической концепции диссоциации. Принц заменил термин Жане «подсознание» на «со-сознание», которое, с его точки зрения, было более точным, так как лучше отражало его представление об активном параллельном потоке сознания (Crabtree, 1986). Основное положение теоретической модели диссоциации Принца заключалось в требовании одновременной активности в психике индивида двух или более систем, при этом наличие или отсутствию амнезии не придавалось большого значения. Очень хорошо известен случай пациентки Принца, «мисс Бьючамп» (Beauchamp), страдавшей расстройством множественной личности, который он подробно описал в книге «Диссоциация личности» (Prince M., 1906).

Несомненно, что и Вильям Джеймс испытал влияние идей Жане. В 1896 году в своих Ловелловских лекциях он уделил много внимания обсуждению его работ (Taylor, 1982). В первой лекции Джеймс заявляет, что «психика, по-видимому, представляет собой конфедерацию психических сущностей» (Цит. по: Taylor, 1982, p. 35). Джеймс также многое почерпнул из работ по исследованию диссоциативных феноменов англичанина Фредерика Майерса, который постулировал существование особой структуры, названной им «подсознательным Я». «Второе Я», по Майерсу, в отличие от «брутального Я» Сидиса представляет собой истинное, или

основное, Я индивида; тогда как сознающее Я или «надпороговое Я» он считал не более чем второстепенным подчиненным потоком сознания, необходимым индивиду для деятельности во внешнем мире, направленной на поддержание своей жизни (Crabtree, 1986). Джеймс синтезировал эти две концепции диссоциации и создал модель, объясняющую явление гипноза, автоматизмы, истерию, расстройство множественной личности, феномены одержимости, магию и гениальность (Taylor, 1982).

Спад интереса к диссоциации

Хотя Жане, Принц и их современники придерживались экспериментального подхода в исследованиях феномена диссоциации, в большинстве этих экспериментов отсутствовали контрольные группы, а в качестве единственного испытуемого выступал индивид, обладающий необычными диссоциативными качествами (сегодня большинству этих испытуемых, скорее всего, поставили бы диагноз множественной личности в соответствии с критериями Справочника по диагностике и статистике психических расстройств DSM-III-R). Суть этих экспериментов состояла в одновременном предъявлении такому виртуозу диссоциации двух (или более) отличающихся задач, например, сложения чисел и переписывания стихов. Принц в своих экспериментах прежде всего стремился получить эмпирическое подтверждение того, что

одновременно протекающие процессы «со-сознания» являются не простыми физиологическими автоматизмами, но им действительно присуще качество сознания. Принц тем не менее допускал возможность интерференции между процессами, протекающими в разных отделах со-сознания: «Очевидно, что во многих случаях прерывистость потока мысли основного интеллекта указывает на стремление вторичного интеллекта воспрепятствовать свободному течению первого» (Prince M., 1929, p. 411).

Что же касается последователей Жане, то принцип «отсутствия интерференции» между двумя одновременно исполняемыми задачами являлся для них *sine qua non*⁴ диссоциации. Тщательные эксперименты Рамоны Мессершмидт, проведенные ею под руководством Кларка Халла, убедительно показали наличие значимой интерференции при одновременном выполнении осознаваемой и неосознаваемой задач (Messerschmidt, 1927–1928). В своих экспериментах Мессершмидт применяла две пары задач: сочетание устного чтения (сознательная задача) и последовательного сложения чисел (задача выполнялась в области подсознания), а также сочетание устного сложения чисел (сознательная задача) и последовательного сложения чисел при помощи автоматического письма (подсознательная задача). В обоих случаях выполнение задач сопровождалось интерференцией, уровень которой был вполне сопоставим с уровнем интерференции

⁴ Обязательное условие (лат.). (Примечание переводчика.)

при осознанном выполнении этих пар задач. Несмотря на то, что план экспериментов Мессершмидт подвергался критике (Erickson, Erickson, 1941; White, Shevach, 1942), так как он не гарантировал создания оптимальных диссоциативных барьеров в психике индивида при одновременном выполнении задач, тем не менее результаты этих экспериментов оказали сильное влияние на прекращение лабораторных исследований в этой области, которые лишь спустя много лет были возобновлены Хилгардом (Hilgard, 1977) и другими исследователями автоматического письма.

В 30-е годы XX века диссоциация перестает быть легитимным объектом научного изыскания для академической психологии, в клинике же она получает статус неопределенного и второстепенного феномена. Следует отметить, что диссоциативная модель психопатологии оказалась на задворках науки не только в связи с экспериментами Мессершмидт, но и благодаря конкуренции с новыми концепциями, оказавшими влияние на развитие психиатрии. Например, симптомы, прежде считавшиеся диссоциативными, стали интерпретировать с точки зрения психоаналитической концепции вытеснения. Предвестником конфликта между диссоциативной и психоаналитической моделью психики был обмен мнениями между Жане и Фрейдом по вопросам приоритета в объяснении механизмов истерии. Жане в своем резюме на «Исследования истерии» писал: «Я с радостью узнал о том, что двумя немецкими учеными, Брейером и Фрей-

дом, недавно были подтверждены результаты моих прежних исследований» (Цит. по: Taylor, 1982, p. 63). Психоналитики, в свою очередь, утверждали, что в их практике не встречались пациенты с раздвоенной или множественной личностью, какими они описаны клиницистами, практикующими гипноз, и считали альтернирующие личности либо артефактом гипнотического внушения, либо психическим образованием, умышленно созданным терапевтом.

Однако в 30-е годы диссоциативная психопатология все же остается в фокусе внимания клиницистов. Работы Абеlesa и Шильдера (Abeles, Schilder, 1935), изучавших психогенную утрату личностной идентичности, а также Канцера (Kanzer, 1939), опубликовавшего подборку случаев амнезии, являются значимой вехой в истории клинических исследований диссоциации. Тем не менее постепенно становится преобладающей точка зрения, согласно которой именно вытеснение представляет собой основной механизм, ответственный за удаление из области сознания и препятствующий произвольному воспоминанию неприемлемых идей, аффектов, сохраненной в памяти информации и импульсов субъекта. Утвердилось мнение, что вытеснение представляет собой защитный механизм, направленный против проникновения в сознание элементов бессознательного. Данный механизм занимал центральное место в представлениях Фрейда о динамическом бессознательном. Общепринятой стала точка зрения, согласно которой амнезия и истерические симптомы

являются результатом процесса активного вытеснения, защищающего личность от неприемлемых аффектов или влечений. Таким образом, большинство диссоциативных симптомов истолковывали теперь в свете фрейдистских динамических концепций (Nemiah, 1981).

Возрождение интереса к диссоциации

Интерес к диссоциации возродился в результате сочетания нескольких факторов. Так, в психиатрических клиниках росло число официально зарегистрированных случаев диагноза диссоциативной психопатологии, по большей части расстройства множественной личности (РМЛ). Развернувшееся в последние годы обсуждение проблемы синдрома посттравматического стресса также привлекло внимание к диссоциативным симптомам в клинической картине других расстройств. Произошел перелом и в отношении общественности к проблеме жестокого обращения⁵ с детьми, которое является одним из главных причин возникновения хронической диссоциативной патологии.

Все это подготовило почву для официального утверждения концепции диссоциативных расстройств, в этиологии которых большое значение имеет психическая травма. В об-

⁵ Abuse (*англ.* злоупотребление, оскорбление) – сексуальное или физическое насилие, жестокое обращение со стороны опекающего лица, в том числе инцест. (*Примечание научного редактора.*)

ласти эмпирических исследований возврат к изучению диссоциации в лабораторных условиях осуществился в связи с исследованиями физиологии РМЛ (Putnam, 1984а, 1986а) и с работами Хилгарда (Hilgard, 1977, 1984) и других исследователей, посвященных проблеме скрытого наблюдателя. Одновременно с этим все большее и большее внимание привлекают к себе гипноз как терапевтический инструмент и гипнотическая восприимчивость как устойчивая характеристика индивида, связанная с некоторыми формами психопатологии, вызванной психической травмой (Frankel, Orne, 1976; John et al., 1983; Pettinati et al., 1985).

Определение диссоциации и описание диссоциативных феноменов

Большинство специалистов различают незначительные или нормативные и основные или патологические формы проявления диссоциации (Spiegel, 1963; West, 1967; Hilgard, 1977; Nemiah, 1981; Ludwig, 1983). Многие авторы рассматривают эти различия в рамках концепции диссоциативного континуума, согласно которой диссоциативные феномены расположены между полюсами гипотетического континуума (Bernstein, Putnam, 1986), представленными, с одной стороны, умеренными формами диссоциации, встречающимися в обыденной жизни (например, погруженность в фантазии), и с другой – патологической диссоциацией (например, симптомы расстройства множественной личности). Таким образом, большинство определений диссоциации направлено в основном на описание границ, за которыми диссоциация осознания, личностной идентичности или поведения индивида становится отклоняющимся от нормы и/или патологическим процессом.

На разных исторических этапах при оценке глубины патологии того или иного конкретного проявления диссоциации специалисты выделяли разные аспекты диссоциативного процесса в качестве ключевых элементов. В настоящее время для исследователей диссоциативных явлений наибо-

лее существенным критерием выступает сепарация интегрированных в норме психических функций. Вест (West, 1967) определяет диссоциацию как «психобиологический процесс, который активно препятствует интеграции информации – привходящей, сохраняемой или исходящей – через образование ассоциативных связей обычными естественными путями» (р. 890). Вест 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» (р. 890).

Принципы диссоциативной психопатологии

Джон Немия (Nemiah, 1981) сформулировал два принципа, пригодных для определения большинства форм патологической диссоциации. Согласно первому принципу, диссоциативную реакцию сопровождают изменения идентичности индивида. Нарушение личностной идентичности может принимать различные формы – от полной утраты способности воспроизвести в памяти основную информацию, каса-

ющуюся самоидентификации, такую, как имя или возраст, как это бывает, например, при психогенной амнезии или состояниях фуги, до существования нескольких альтернирующих идентичностей, каждая из которых заявляет о своей самостоятельности, как при РМЛ. Второй принцип состоит в наличии серьезного нарушения воспроизведения в памяти воспоминаний о событиях, происходивших с индивидом, когда тот находился в диссоциативном состоянии. Диапазон проявлений такого нарушения памяти простирается от полной амнезии до отстраненных или сноподобных воспоминаний. Этим принципам в той или иной степени отвечают определенные в DSM-III (а также в следующем издании этой классификации – DSM-III-R) диссоциативные расстройства. Кроме того, в клинической практике они могут оказаться весьма полезными при оценке поведения пациента, которое может иметь диссоциативные элементы.

Третий принцип, вытекающий из данных исследований диссоциативных реакций, заключается в том, что подавляющее большинство случаев диссоциативных расстройств вызвано психической травмой (Putnam, 1985a).

Лучшим подтверждением связи между травмой и диссоциативными реакциями являются амнестические синдромы военного времени. Ветераны, принимавшие участие в военных действиях, часто упоминают о таких диссоциативных феноменах, как амнезия, сильное чувство отчуждения или чувство деперсонализации в моменты экстремального стрес-

са, феноменах выхода из тела; а также снопоподобных воспоминаниях событий во время беседы об этих проблемах. Мои пациенты, имевшие опыт участия в боевых действиях, число которых составило 70, часто во время лечения говорили мне о том, что в ситуациях, когда они сами, по их оценкам, находились на пороге смерти или им приходилось убивать других людей, они переживали крайнее чувство отчуждения и деперсонализации. Значительный процент ветеранов имеет частичную или полную амнезию на свой боевой опыт (Henderson, Moor, 1944; Archibald, Tuddenham, 1965). Довольно часто одним из аспектов посттравматических стрессовых реакций, обусловленных военным травматическим опытом (Ewalt, Crawford, 1981), являются повторяющееся чувство дистанцированности и отчужденности, а также более динамичные диссоциативные феномены, такие, как флэшбэк и отреагирование⁶.

По разным данным, частота встречаемости диссоциативных синдромов военного времени (в основном психогенной амнезии или психогенных реакций фуги) находит-

⁶ Термин флэшбэк (flash-back, *англ.* flash – вспышка, мгновение; back – назад, сзади; здесь – «мгновение из прошлого») определяется как непроизвольное навязчиво вторгающееся переживание ситуации (или события) из прошлого индивида, разворачивающееся как бы в настоящем. Это переживание отличается чувством реалистичности. Как правило, содержанием флэшбэков являются травматические ситуации (или ситуации, связанные с интенсивными аффективными состояниями). Отреагирование – эмоциональная разрядка и освобождение от аффекта, связанного с воспоминаниями о травмирующем событии. (*Примечание научного редактора.*)

ся в диапазоне от 5 до 14 % всех случаев психиатрических расстройств, вызванных участием в боевых действиях (Henderson, Moor, 1944; Sargant, Slater, 1941; Torrie, 1944; Grinker, Spiegel, 1943; Fisher, 1945). Кершнер (Kirshner, 1973) приводит иные данные для психиатрических пациентов из контингента военнослужащих в мирное время, согласно которым диссоциативные реакции встречаются только у 1,3 % из числа этих пациентов. Некоторые авторы указывают на прямую взаимосвязь между интенсивностью военного стресса и частотой диссоциативных реакций (Sargant, Slater, 1941; Henderson, Moor, 1944).

Подобная взаимосвязь установлена и между травматическими событиями мирного времени (обычная психическая травма) и диссоциативными реакциями (Abeles, Schilder, 1935; Kanzer, 1939). В классическом исследовании психогенной амнезии пациентов, проведенном в Белливью Хоспитал (Bellevue Hospital), Абелес и Шильдер отметили, что «значимыми непосредственными причинами амнезии являются некоторые неприятные конфликты, а также финансовые трудности или проблемы в семье» (р. 603). Авторы обзоров, посвященных синдрому психогенной фуги, выделили три основные категории травматических событий, вызывающих эти состояния. Во-первых, это ситуация, в которой индивид не может ни бороться с опасностью, ни избежать ее (Berrington et al., 1956; Fisher, 1947; Luparello, 1970; Herold, 1941). Во-вторых, наиболее часто упоминаются ситуации

реальной или возможной утраты важного объекта (Geleerd et al., 1945; Geleerd, 1956). Наконец, в третьих, причиной возникновения этих состояний могут быть неодолимый импульс, вызывающий панику, например, мощное суицидальное или гомицидное побуждение (Fisher, 1947; Stengel, 1941, 1943).

Есть веские доказательства того, что синдром деперсонализации часто встречаются у тех лиц, которые пережили тяжелую психическую травму. Например, очень высокий процент страдающих синдромом деперсонализации наблюдается у лиц, переживших длительную ситуацию угрозы своей жизни, такую, как заключение в концентрационный лагерь (Bluhm, 1949; Frankenthal, 1969; Krystal, 1969; Jacobson, 1977; Dor-Shav, 1978; Bettelheim, 1979). В работах Нойеса и его коллег (Noyes, Kletti, 1977; Noyes et al., 1977; Noyes, Slymen, 1978–1979), посвященных острой психологической реакции на ситуацию угрозы жизни, предоставлен еще один ряд доказательств, подтверждающих связь между синдромом деперсонализации и травматическими переживаниями. Эти авторы обнаружили и определили «преходящий синдром деперсонализации», которым страдала примерно треть испытуемых, перенесших ситуацию угрозы своей жизни. Фуллертон и его коллеги (Fullerton et al., 1981) определили сходный с этим проходящий синдром деперсонализации у травмированных пациентов с повреждениями спинного мозга. Доля пациентов с синдромом деперсона-

лизации была выше среди пациентов с более тяжкими повреждениями спинного мозга. Нойес и его коллеги, сопоставив переживания деперсонализации, связанные с ситуацией угрозы жизни, с теми, которые описывают пациенты психиатрической клиники, пришли к выводу, что эти два типа переживаний, по сути, совпадают, хотя в реакциях жертв несчастных случаев прослеживается тенденция усиления тревоги, настороженности, тогда как пациенты психиатрических клиник больше сообщают о переживаниях спутанности во время состояний деперсонализации.

Как мы увидим в главе 3, есть веские доказательства связи между развитием РМЛ и тяжелой хронической психической травмой, которая, как правило, относится к периоду детства или ранней юности. Было также установлено, что детская травма оказывает влияние и на развитие гипноидных состояний. Эти психопатологические состояния сознания были описаны Брейером и Фрейдом в работе «Исследования истерии» (1895/1957) как *sine qua non* истерии. Довольно много психоаналитически ориентированных авторов отмечали взаимосвязь между гипноидными состояниями, которые наблюдались у их пациентов, и ранней детской травмой, в том числе и сексуальным насилием (Loewald, 1955; Dickes, 1965; Silber, 1979).

Функции диссоциации

За последние годы появились разные формулировки гипотезы, суть которой состоит в том, что диссоциация представляет собой нормальный процесс, который на первых этапах развития направлен на защиту от переживаний, связанных с травматической ситуацией, и впоследствии становится дезадаптивным или патологическим процессом. Людвиг (Ludwig, 1983) утверждал:

«Частота встречаемости диссоциативных реакций, множественность их форм и проявлений наводят на мысль, что им присуща важная функция и они обладают большой ценностью с точки зрения выживания индивида» (р. 95).

Многие описательные модели РМЛ опираются на данную концепцию адаптивной роли диссоциации (Braun, Sachs, 1985; Kluft, 1984d; Spiegel, 1984).

Диссоциативный континуум

Центральное положение в концепции адаптивной функции диссоциации занимает представление о том, что диссоциативные феномены расположены на некоем континууме и приобретают дезадаптивный характер только в том случае, если интенсивность и частота их проявлений выходит за определенные рамки или если они имеют место

в неподходящем контексте. Хотя Жане в своих описаниях диссоциативных феноменов подчеркивал «необычную сепарацию» диссоциированных субсистем от контролирующего влияния сознательного Я (self) (White, Shevach, 1942), его современники рассматривали диссоциацию как нормативный процесс, который приобретает патологические черты только при определенных обстоятельствах. Мортон Принц (Prince M., 1909b/1975), например, характеризовал диссоциацию как «основной принцип, регулирующий нормальный нервно-психический механизм, который, следовательно, приобретает черты патологии только в ярко выраженных внешних проявлениях» (р. 123). Тейлор и Мартин (Taylor, Martin, 1944) в своем обширном обзоре, посвященном множественной личности, сформулировали идею континуума, который простирается от нормальных переживаний (например, дневных грез) до симптомов множественной личности.

Похожие формулировки можно найти и в работах других исследователей (Murphy, 1947; Spiegel, 1963; Rendon, 1977; McKellar, 1977; Graves, 1980; Beahrs, 1983; Braun, Sachs, 1985; Saltman, Solomon, 1982). Возможно, наибольший вклад в развитие идеи континуума диссоциации, расположенного между полюсами нормы и патологии, внес Хилгард (Hilgard, 1977) со своей «неодиссоциативной» теорией психики. Он отмечал: «Если мы постараемся, то обнаружим, что наша обыденная жизнь полна мимолетных диссоциативных состояний» (Hilgard, 1973, р. 406).

Существуют два источника, из которых черпаются данные, подкрепляющие идею диссоциативного континуума. Во-первых, это результаты исследований распределения гипнотической восприимчивости (часто называемой также гипнабельностью, см.: Wetzehoffer, 1980) на нормальной популяции. Гипнотическая восприимчивость тесно связана с диссоциативным потенциалом (Spiegel, Spiegel, 1978; Spiegel, 1984; Bliss, 1983, 1984a; Braun, Sachs, 1985). В большом числе исследований было показано, что распределение гипнабельности по экспериментальной выборке описывается характерной кривой. Форма этой кривой зависит от типа шкалы, которую применяли для измерения гипнотической восприимчивости, а также от условий эксперимента: последнее означает, что результаты исследований, проведенных в лабораторных условиях, отличаются от тех, которые проводят в условиях клиники (Frankel, 1979). Все исследования распределения гипнабельности, проводимые на нормальной популяции, подтвердили континуальный характер этого свойства.

Вторым источником данных, подтверждающих концепцию континуума диссоциативных переживаний (варьирующих в диапазоне от простых диссоциативных эпизодов повседневной жизни, таких, как дневные грезы, «выпадение» из разговора, а также дорожный транс, до основных диссоциативных феноменов, таких, как амнезия и эпизоды фуги) являются исследования с применением опросника «Шкала

диссоциации» (Dissociation Experience Scale, DES; Bernstein, Putnam, 1986). DES является кратким опросником, в котором респондента просят отметить, используя стомиллиметровую аналоговую шкалу⁷, как часто ему доводится испытывать то или иное диссоциативное переживание или состояния деперсонализации. Этот инструмент обладает высокими значениями параметра тест-ретестовой надежности, хорошими значениями надежности, определенной при помощи метода расщепления теста пополам, а также хорошей критериальной валидностью (Bernstein, Putnam, 1986).

На рисунке 1.1 представлено изображение континуума диссоциативных феноменов на основе средних значений баллов DES для различных выборок, среди них выборки нормальных взрослых, подростков и пациентов с расстройством множественной личности. В диагностические группы, представленные на этом рисунке, были включены пациенты психиатрической клиники, диагнозы которых соответствовали критериям DSM-III. На этом рисунке сплошная черта обозначает групповое медианное значение общего балла DES, точки представляют индивидуальные значения

⁷ Впоследствии авторы опросника модифицировали DES (см. Bernstein-Carlson E.M., Putnam F.W. An update on the dissociative experiences scale // *Dissociation*. 1993. V. 4. № 1. P. 16–27), заменив аналоговую шкалу, представлявшую 100 мм отрезок, обозначенный сплошной линией, на шкалу интервалов. Последний вариант этого опросника широко применяется и сейчас. Существует адаптированная русскоязычная версия DES (авторы адаптации – В.А. Агарков и Н.В. Тарабрина), см.: Практикум по психологии посттравматического стресса / Под ред. Тарабриной Н.В. – СПб.: Питер, 2001. С. 197–208. (*Примечание переводчика.*)

DES каждого испытуемого. Плавное увеличение медианных групповых значений дает представление о частично перекрывающемся континууме диссоциативных переживаний для разных диагностических групп. Наибольшие значения DES были получены у пациентов, страдающих РМЛ, хроническим диссоциативным расстройством, которое включает большинство диссоциативных симптомов, представленных в других диссоциативных расстройствах по классификациям DSM-III/DSM-III-R (Putnam et al., 1986).

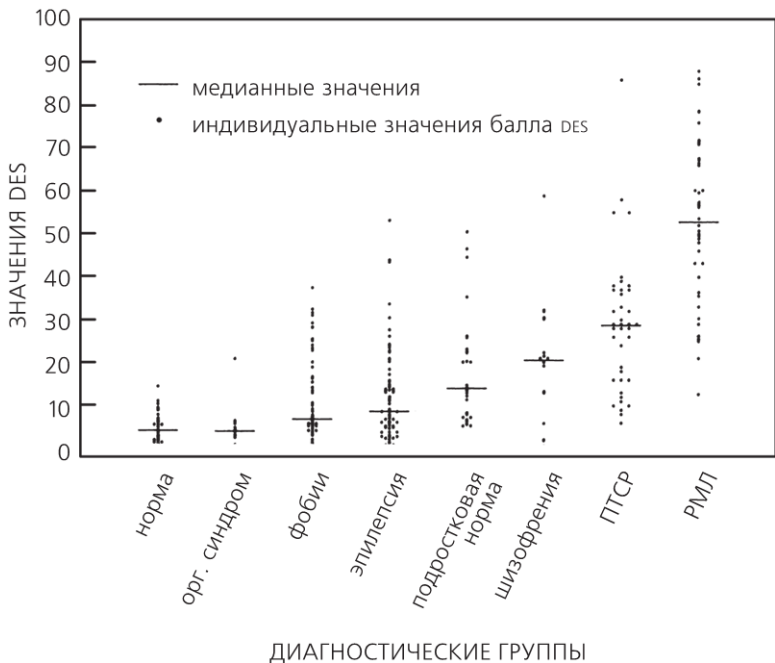


Рис. 1.1. Диаграмма значений общего балла Шкалы диссоциации (Dissociation Experience Scale, DES) для различных выборок: пациентов с органическим синдромом, с ПТСР (посттравматическим стрессовым расстройством), с РМЛ (расстройством множественной личности)

Относительно высокое значение медианы DES в юношеской возрастной подгруппе выборки «норма» согласуется с данными нескольких исследований, в которых использова-

ли опросники, предназначенные для оценки состояния деперсонализации у подростков (Roberts, 1960; Sedman, 1966; Harper, 1969; Myers, Grant, 1970). Для подростковой группы свойственна тенденция отмечать более высокую частоту переживания «отключки» по отношению к внешним и внутренним стимулам, а также контекстуальные сдвиги в чувстве личностной идентичности. Эти данные, вероятно, не кажутся странными для родителей, дети которых находятся в подростковом возрасте.

Адаптивные функции диссоциации

Клиницисты, работающие с людьми, перенесшими психическую травму (Frankenthal, 1969; Bliss, 1984a; Braun, Sachs, 1985; Kluff, 1984a; Spiegel, 1984), да и сами жертвы травматических событий (Bettelheim, 1979; Frankl, 1962) отмечают адаптивный характер диссоциативного процесса, особенно в том случае, когда он является ответом на экстремальные психотравмирующие события. Франкел (Frankel, 1976) в своей новаторской книге «Гипноз: Транс как механизм совладания», приводит доказательства важной роли диссоциации и гипнотических механизмов в совладании с повседневным стрессом и в защите от катастрофического травматического переживания. Людвиг (Ludwig, 1983) перечислил семь адаптивных функций, которые выполняет диссоциативный процесс:

Диссоциация представляет собой фундаментальный психобиологический механизм, лежащий в основе широкого спектра состояний измененного сознания, в том числе конверсионной истерии, гипнотического транса, медиумического транса, множественной личности, состояния фуги, состояния одержимости духом и дорожного транса. Этот механизм обладает огромной ценностью с точки зрения выживания как для индивида, так и для всего сообщества. При определенных условиях он способствует выполнению семи основных функций: (1) автоматизации определенных типов поведения, (2) эффективности и экономичности предпринимаемых усилий, (3) разрешению непереносимых конфликтов, (4) бегству от гнета реальности, (5) изоляции катастрофических переживаний, (6) катарсической разрядке некоторых чувств и (7) усилению чувства слияния с толпой (затопление индивидуального Эго ради достижения групповой идентичности, большей восприимчивости к внушению и т. д.) (р. 93).

Диссоциативные расстройства в классификациях DSM-III и DSM-III-R

В DSM-III и DSM-III-R приводится определение диагностических критериев четырех самостоятельных диссоциативных расстройств: (1) психогенная амнезия; (2) психогенная fuga; (3) расстройство деперсонализации; (4) расстройство множественной личности. Помимо указанных расстройств, описана диагностическая категория, объединяющая нетипичные диссоциативные презентации, для которой не сформулированы строгие диагностические критерии (American Psychiatric Association, 1980a, 1987)⁸. Однако в клинической практике, наблюдая порой пациента, у кото-

⁸ В американской классификации DSM-IV общие диагностические критерии диссоциативных расстройств таковы: 1) расстройство вызывает клинически значимый дистресс или нарушения в социальной, профессиональной или других сферах жизнедеятельности; 2) расстройство не имеет прямой связи с воздействием психоактивного вещества (например, при злоупотреблении наркотиками или лекарственными средствами) и не обусловлено соматическим или неврологическим заболеванием (например, височной эпилепсией). В международной классификации болезней 10-го пересмотра МКБ-10, принятой в России, для общей диагностики диссоциативного расстройства необходимо соответствие двум критериям: 1) существует убедительная временная связь между диссоциативным расстройством и стрессогенными событиями, проблемами или потребностями; 2) состояние не может быть объяснено каким-либо соматическим заболеванием, которое сопровождается характерными для данного расстройства симптомами. (Примечание научного редактора.)

рого 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 (Putnam et al., 1986). Кроме диссоциативных расстройств, принятых в классификации DSM-III и DSM-III-R, существуют другие диссоциативные состояния (например, гипноидное состояние), а также диссоциативные симптомы (например, отреагирование), которые достаточно полно описаны в клинической литературе.

Психогенная амнезия

Психогенная амнезия проявляется во внезапной неспособности вспомнить важную личную информацию, настолько обширную, что она не может быть отнесена к простой забывчивости, при этом нарушение памяти не обусловлено соматическим состоянием или воздействием психоактивных веществ (American Psychiatric Association, 1980a, 1987). 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 (Rapaport, 1971). 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 классическую *la belle indifférence*⁹ в отношении своих симптомов.

Различают несколько типов психогенной амнезии по основанию особенностей нарушения воспроизведения содержимого памяти. Под «локальной» или «ограниченной» амнезией подразумевают неспособность вспомнить все события, которые происходили в определенный период времени (American Psychiatric Association, 1980a). В DSM-III отмечено, что эта форма психогенной амнезии наиболее распространена, однако в литературе, посвященной этому вопросу, такая оценка встречается нечасто. «Избирательная» амнезия – это забывание некоторых, но не всех событий, относящихся к определенному периоду времени. Неспособность индивида припомнить важную личную информацию, которая охватывает прошлую жизнь индивида, обозначают термином «ретроградная» амнезия. Эта форма наиболее часто описывается в клинической литературе. «Генерализо-

⁹ «Прекрасное безразличие» (франц.). (Примечание переводчика.)

ванная» амнезия относится к воспоминаниям, охватывающим всю прошлую и настоящую жизнь индивида¹⁰.

Достоверная информация о частоте встречаемости диссоциативных расстройств отсутствует. Психогенную амнезию обычно относят к наиболее распространенным диссоциативным реакциям, которые часто наблюдаются в приемных скорой помощи (Nemiah, 1981). Абелес и Шильдер (Abeles, Shilder, 1935) привели данные, согласно которым 0,26 % всех пациентов, поступивших в психиатрический центр Белвью, страдали психогенной амнезией. Среди солдат, принимавших участие в боевых действиях, частота встречаемости психогенной амнезии намного выше и оценивается в диапазоне от 5 до 8,6 %, эти цифры получены в результате обследования ветеранов, принимавших участие в кампаниях Второй мировой войны в бассейне Тихого Океана и в Северной Африке (Torrie, 1944; Henderson, Moore, 1944).

Обычно начало психогенной амнезии бывает внезапным и следует сразу после завершения травматического события. При этом индивид иногда испытывает необычные сомати-

¹⁰ Диагностические критерии диссоциативной амнезии по DSM-IV: преобладает один или несколько эпизодов неспособности больного вспомнить важную информацию, касающуюся лично его, обычно связанную с травмирующим или стрессовым событием в жизни; нарушение столь важно, что его нельзя объяснить простой забывчивостью. Диагностические критерии диссоциативной амнезии по МКБ-10: 1) частичная или полная амнезия травматических стрессовых импульсов; 2) при всей вариабельности проявлений амнезия носит слишком выраженный и стойкий характер, чтобы быть объясненной нормальной забывчивостью или симулятивным поведением. (*Примечание научного редактора.*)

ческие ощущения, головокружение, головные боли или чувство деперсонализации. Как правило, расстройство длится недолго, от нескольких часов до нескольких дней, и имеет четкие временные границы, при этом память восстанавливается спонтанно (American Psychiatric Association, 1980a, Abeles, Schilder, 1935). В исключительных случаях амнезия может длиться до нескольких месяцев (Abeles, Schilder, 1935; Kanzer, 1939; Kennedy, Neville, 1957). Часто гипнотическое интервью или интервью под действием препаратов дает возможность доступа к утерянной информации и способствует отреагированию травматического события. Абелес и Шильдер (Abeles, Schilder, 1935) приводят данные о том, что примерно четверть их пациентов имела по крайней мере один эпизод амнезии в прошлом.

Психогенная fuga

Психогенная fuga – это состояние, не вызванное органическим нарушением, в котором индивид предпринимает внезапную неожиданную поездку. В состоянии fugи индивид покидает свой дом или привычное место работы, во время скитаний сохраняется амнезия на все события жизни субъекта, предшествовавшие fugе (American Psychiatric Association, 1980a)¹¹. Обычно психогенная fuga сопровож-

¹¹ Диагностические критерии диссоциативной fugи по DSM-IV: 1) внезапный, неожиданный уход пациента из дома или с работы с последующей неспособно-

дается изменениями личностной идентичности.

Хотя в DSM-III и DSM-III-R отмечено, что в состоянии фуги новая идентичность, как правило, по сравнению с исходной идентичностью отличается лучшими коммуникативными способностями и в меньшей степени заторможена, в иных источниках, заслуживающих доверия, вторая идентичность часто характеризуется как скромная и банальная (Janet, 1890; Nemiah, 1981).

Путешествие, которое предпринимает индивид в состоянии фуги, может принять форму бесцельного странствования, однако обычно имеет конечный пункт и часто совершается на общественном транспорте. Случайный посторонний человек скорее всего не заметит ничего необычного в поведении индивида в состоянии фуги. Шарко писал: «Самым удивительным для состояния фуги является то, что в начале своего путешествия эти люди умудряются избежать задержания полицией» (Цит. по: Rapaport, 1942, p. 201).

О людях, находящихся в состоянии фуги, Жане писал:

По сути, они являются сумасшедшими людьми, находящимися в состоянии полного делирия; тем не

стью вспомнить происшедшее; 2) смутное представление о личностной идентификации или присвоение (частичное или полное) новых идентификационных качеств. Диагностические критерии диссоциативной фуги по МКБ-10: 1) предпринята неожиданная поездка с удалением от привычной социальной обстановки, внешне нормально организованная, с сохранным в целом самообслуживанием в течение всего времени эпизода; 2) частичная или полная амнезия эпизода, соответствующая критерию 2 при диссоциативной амнезии. (*Примечание научного редактора.*)

менее они покупают билет на поезд, заказывают обед и снимают номер в отеле, они вступают в общение со многими людьми. Конечно, они могут показаться нам несколько странными, отрешенными и погруженными в свои фантазии, но как бы то ни было, они, в конечном счете, не производят впечатления людей, страдающих психическим заболеванием... (Цит. по: Rapaport, 1942, p. 201).

В большинстве случаев субъекты в состоянии фуги, в отличие от пациентов, страдающих психогенной амнезией, не осознают, что они не могут вспомнить некую важную для них информацию (Rapaport, 1971). Как правило, у индивидов в состоянии фуги отсутствуют воспоминания, связанные с их исходной личностной идентичностью. После прекращения фуги и возвращения основной идентичности у субъекта наступает амнезия на события, которые происходили в состоянии фуги.

Эпизоды фуги могут иметь место при различных психических расстройствах органического происхождения, например при височной эпилепсии (Mayeux et al., 1979), а также в состояниях интоксикации или абстиненции (Slater, Roth, 1974; Akhtar, Brenner, 1979). Отсюда следует необходимость тщательной медицинской диагностики при постановке диагноза этого расстройства. Фуги также часто встречаются при РМЛ, что необходимо учитывать при постановке дифференциального диагноза (Putnam et al., 1986). Частота встречаемости расстройства фуги неизвестна. Некоторые

специалисты считают, что это расстройство встречается достаточно часто (Slater, Roth, 1974), тогда как другие полагают, что это расстройство является очень редким (Berrington et al., 1956). Однако общепризнано, что частота встречаемости этого расстройства заметно возрастает во время войны или природных катастроф (American Psychiatric Association, 1980a;). Состоянию фуги по большей части непосредственно предшествует острое травматическое событие (Putnam, 1985a).

Деперсонализационное расстройство

Деперсонализация приобретает характер психического расстройства, если индивид переживает один или несколько эпизодов, в которых состояние деперсонализации вызывает либо значимые нарушения социального или профессионального функционирования (American Psychiatric Association, 1980a), либо явный дистресс (American Psychiatric Association, 1987). Переживание деперсонализации связано с изменением самовосприятия индивида, так что человек утрачивает чувство реальности в отношении самого себя, он как будто бы погружен в сон, воспринимает себя как некий механизм или ощущает себя мертвецом, каким-то образом отчужден от себя или как-то иначе существенно отличается от себя в обычном состоянии. При этом могут иметь место сенсорные нарушения, напри-

мер, анестезии, парестезии, изменение восприятия размеров тела или отдельных частей тела, макроскопия или микроскопия, а также состояния, характеризующиеся тем, что субъект воспринимает себя как бы находящимся вне собственного тела и наблюдающим самого себя с некоторого расстояния или из некоторой точки пространства, расположенной над ним. Индивид также иногда испытывает состояние пассивного влияния, выражающееся либо в чувстве тотального контроля, либо в чувстве утраты контроля за отдельными функциями (например, речи), которые начинают действовать «сами по себе».

Индивид может описывать свои воспоминания как имеющие качество сновидений, которые порой невозможно отличить от фантазии, так что человек утрачивает уверенность в том, действительно ли те или иные события происходили с ним в реальности. Находясь в состоянии деперсонализации, индивид может воспринимать события, информация о которых хранится в его памяти, как происшедшее очень давно и с другим человеком. Часто после нормализации состояния индивид сталкивается с трудностями воспроизведения воспоминаний о событиях, происходивших с ним, когда он находился в состоянии деперсонализации. Иногда эти воспоминания похожи на сновидения.

Только недавно деперсонализация получила статус самостоятельного синдрома, который может быть диагностирован лишь при отсутствии у индивида других расстройств,

клиническая картина которых включает симптом деперсонализации (American Psychiatric Association, 1980a, 1987)¹².

Как симптом деперсонализация присутствует в клинической картине многих психиатрических и неврологических расстройств, к которым относятся шизофрения, депрессия, фобические и тревожные расстройства, обсессивно-компульсивное расстройство, злоупотребление психоактивными веществами, нарушение сна, височная эпилепсия, а также мигрень (Putnam, 1985a). Преходящее чувство деперсонализации также часто встречается и у «нормальных»

¹² Диагностические критерии деперсонализационного расстройства по DSM-IV: 1) устойчивое или периодическое переживание отчуждения своих психических процессов или своего тела, как если бы субъект, переживающий это состояние, был сторонним наблюдателем (например, ощущение себя человеком, пребывающим во сне); 2) сохранение оценки реальности; 3) нарушение не возникает исключительно на почве шизофрении, панического расстройства, острой реакции на стресс или другого диссоциативного расстройства. В МКБ-10 включен синдром деперсонализации-дереализации в рубрику «Другие невротические расстройства». Для диагностики синдрома состояние должно отвечать следующим критериям: 1) имеется не менее чем один из двух признаков: а) ощущение, что осознание себя, свои ощущения и чувства отделены, чужды, не принадлежат себе, неприятно утрачены, ощущение подыгрывания в каком-то спектакле; б) ощущение недействительности окружающего, оно воспринимается как будто через пелену, пленку; объекты выглядят безжизненными, бесцветными, однотонными, искаженными, лишенными интереса, люди – актерами на какой-то сцене; 2) сохраняется осознание того, что изменения вовне не вызваны другими лицами или силами; 3) диагноз не ставится, если нарушение соответствует признакам других расстройств – состоянию органической спутанности, интоксикации алкоголем или другими психоактивными веществами, шизофрении и аффективных психозов, тревожных расстройств, эпилепсии или отчетливого переутомления. (Примечание научного редактора.)

людей, особенно у подростков (Roberts, 1960; Dixon, 1963; Sedman, 1966; Harper, 1969; Myers, Grant, 1970). Еще Зигмунд Фрейд описывал личный опыт переживания чувства деперсонализации (Freud, 1941; Stamm, 1969). Нет единого объяснения для такого широкого распространения деперсонализации, встречающейся у 15–30 % всей популяции психиатрических пациентов независимо от диагноза (Putnam, 1985a). Тем не менее, как ранее отмечалось в этой главе, синдромы деперсонализации часто бывают связаны с перенесенной в прошлом психической травмой (например, пребывание в концентрационном лагере).

Как правило, начало деперсонализационного расстройства является резким, а возвращение в нормальное состояние в целом постепенным. Приблизительно только 10 % пациентов, страдающих синдромом деперсонализации, отмечают у себя устойчивое чувство деперсонализации (Putnam, 1985a). Иногда началу синдрома деперсонализации непосредственно предшествует головокружение или обморок (Nemiah, 1981). Нередко ощущение отстраненности от себя сопровождается дереализация: чувство нереальности или отдаленности от окружающего мира, однако состояние дереализации может возникнуть и независимо от деперсонализации.

Неуточненное диссоциативное расстройство

Неуточненное диссоциативное расстройство является дополнительной диагностической группой, охватывающей несколько диссоциативных феноменов, которые не соответствуют описанию основных диссоциативных расстройств DSM-III/DSM-III-R. Вместе с тем для них свойственны диссоциативные изменения интегрированных в норму функций идентичности, памяти или сознания (American Psychiatric Association, 1987). В DSM-III эта категория обозначена как нетипичное диссоциативное расстройство. В DSM-III-R в эту рубрику включен синдром Ганзера – расстройство, которое обычно сопровождается симптомами амнезии, дезориентации, нарушения восприятия, состояниями фуги и конверсионными реакциями. Кокорес и его коллеги (Cocores et al., 1984), обобщая данные, приходят к выводу, что синдром Ганзера является диссоциативным расстройством.

Множественная личность

Расстройству множественной личности (ПМЛ) по DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) посвящена вся остальная часть книги. В клинической картине этого сложного хронического расстройства могут быть найдены все

элементы других диссоциативных расстройств. Определения и диагностические критерии этого расстройства в DSM-III/DSM-III-R обсуждаются во второй и в третьей главе.

Диссоциативные расстройства, не включенные в DSM-III¹³

Гипноидные состояния

Брейер (Breuer, Freud, 1895/1957) считает, что первенство в описании связи между гипноидными состояниями и истерией принадлежит Мебиусу. Брейер и Фрейд в классическом труде «Исследование истерии» (Breuer, Freud, 1895/1957), раскрыли тезис, впервые сформулированный в «Предварительном сообщении» относительно того, что гипноидное состояние представляет собой обязательно условие истерии. Углубляя эту тему, Фрейд (Freud, Breuer, 1893/1924) пишет:

¹³ В DSM-IV неуточненное диссоциативное расстройство включает следующие состояния: 1) диссоциативное расстройство идентификации, при котором вторая личность никогда не принимает на себя полного контроля или отсутствует амнезия на важную информацию; 2) дереализацию, не сопровождающуюся деперсонализацией; 3) диссоциативные состояния в результате интенсивного внушения (при «промывании мозгов», захвате в заложники, вовлечении в секту и т. д.); 4) транс (медиумические, гипнотические, аутогипнотические); 5) состояния одержимости (амок, лата, коро у малайцев, виндиго (витико), пиблокто у эскимосов и т. п.); 6) ступор, потерю сознания или кому, не связанные с соматоневрологическим заболеванием; 7) фугу с сохранением памяти на свое прошлое и без перевоплощения в другую личность; 8) синдром Ганзера, сочетающийся с амнезией, дезориентировкой, нарушением восприятия, фугами и конверсионными симптомами. *(Примечание научного редактора.)*

На самом деле чем далее продвигалась наша работа с этими феноменами, тем более определенным становилось наше убеждение в том, что расщепление сознания, которое так впечатляет в описаниях хорошо известных классических случаев *раздвоенного сознания*, присутствует в каждом случае истерии в рудиментарной форме, а также в том, что тенденция к такой диссоциации – и вместе с тем к продукции отклоняющихся от нормы состояний сознания, которые могут быть обозначены термином «гипноид», является главной чертой этого невроза (р. 34). Несмотря на все различия между гипнозом и гипноидными состояниями, у них все же есть одна общая черта, а именно: идеи, которые появляются в этих состояниях, характеризуются высокой интенсивностью чувств и вместе с тем их ассоциативные связи с остальным содержанием сознания отсутствуют. Между гипноидными состояниями, а также идеями, обнаруживающимися в их контексте, возможно образование связей, что позволяет им достигать различных степеней психической организации (р. 35).

После разрыва с Брейером¹⁴ и отказа от убеждения в том, что его пациенты в детстве перенесли сексуальную травму, Фрейд уже не рассматривает гипноидные состояния как необходимое условие развития истерии (Ellenberger, 1970). Вслед за развитием техники свободных ассоциаций и пре-

¹⁴ В 1894 г. (Примечание научного редактора.)

кращением Фрейдом использования гипноза в своей терапевтической практике интерес к проблеме гипноидных состояний в Европе пошел на спад. Тем не менее в Соединенных Штатах в следующие десять лет продолжались исследования состояний измененного сознания и их роли в психопатологии, проводимые Муртоном Принцем, Уильямом Джеймсом и их современниками. Вместе с тем психоаналитики в работе с некоторыми своими пациентами время от времени сталкивались с гипноидными состояниями в анализах некоторых своих пациентов. Флисс (Fliess, 1953) считал, что гипноидное состояние представляет механизм, позволяющий избегать аффектов, связанных с сексуальностью. Бренман и его коллеги (Brenman et al., 1952) высказали предположение, что флуктуации гипноидных состояний действуют как защита от агрессивных импульсов. Лёвальд (Loewald, 1955) ставил знак равенства между гипноидным состоянием и «ранним Эго-состоянием», которое является существенным элементом истерического механизма. Дикс (Dickes, 1965) определил гипноидное состояние как защиту Эго и отмечал, что эти состояния играют роль защитного механизма во время травматических событий детства. Зильбер (Silber, 1979) соглашался с этим, отмечая, что гипноидные состояния возникают в контексте детской сексуальной травмы. Современные исследователи определяют гипноидные или трансоподобные состояния как сильный предиктор раннего РМЛ в детстве и юности (Elliott, 1982; Fagan,

Сомнамбулизм

Самые ранние описания диссоциативных расстройств традиционно содержали упоминание о сомнамбулизме (лунатизме). В период с конца XVIII и на протяжении всего XIX века сомнамбулы были в центре многочисленных дискуссий и главными персонажами сюжетов многих литературных произведений. Предполагалось, что во время эпизодов сомнамбулизма эти люди способны переплывать реки, карабкаться на крутые стены, ходить по краю крыши или писать стихи (Ellenberger, 1970). Считалось, что их жизни могут быть подвержены серьезному риску, если они внезапно очнутся при совершении всех этих действий и вернуться в прежнее состояние. Пюисегюр, один из первых магнетизеров, приобрел широкую известность отчасти благодаря своему искусству вызывать или прекращать состояние сом-

¹⁵ В МКБ-10 транс определяется как диссоциативное расстройство, заключающееся в преходящем изменении сознания, которое отличается: 1) утратой чувства собственной идентичности; 2) сужением сознания в отношении восприятия непосредственного окружения или необычно суженной и избирательной фокусировкой на внешних раздражителях; 3) ограничением повторяющегося репертуара движений и речи; 4) все эти проявления – произвольны и нежелательны для субъекта, они не включены в религиозные или иные культурно приемлемые обычаи или представляют собой ситуативно нежелательные их продолжения; 5) отсутствует связь с галлюцинаторно-бредовыми расстройствами шизофренического или аффективного круга. (*Примечание научного редактора.*)

намбулизма. Эрик Карлсон в начале XIX века опубликовал несколько замечательных описаний случаев сомнамбулизма, в том числе случай Джэйн С. Райдер (Carlson, 1982), у которой в состоянии сомнамбулизма поразительно обострялось зрение в ночные часы, а также Рейчел Бейкер (Simpson, Carlson, 1968), проповедовавшей, будучи погруженной в это состояние.

Недавно сомнамбулизм был вновь определен как расстройство сна и пробуждения (American Psychiatric Association, 1980a)¹⁶. Разработка этого нового определения в основном отражена в работах Кейлса и его сотрудников (Kales et al., 1966a, 1966b; Kales, Kales, 1974; Kales et al., 1980). Кэйлс и его коллеги определяют сомнамбулизм как «такое диссоциативное состояние сознания, в котором соче-

¹⁶ В DSM-IV снохождение (сомнамбулизм) включено в рубрику «Расстройства сна» и отнесено к первичным расстройствам сна, в частности, к парасомниям. В МКБ-10 снохождение помещено в самостоятельную рубрику «Расстройства сна неорганической природы». Его диагностические критерии: 1) повторяющиеся (два и более раз) эпизоды, в которых пациенты покидают постель во время сна (чаще в первые три часа), демонстрируя автоматизированные, в разной степени неосмысленные моторные акты; 2) во время такого эпизода пациенты чаще всего имеют застывшее, пустое выражение лица, они относительно мало реагируют на усилия окружающих повлиять на их состояние или войти с ними в контакт, их трудно разбудить; 3) при пробуждении непосредственно после снохождения или на следующее утро эпизод амнезируется; 4) сразу после выхода из эпизода отсутствуют нарушения психической деятельности и поведения, хотя вначале может отмечаться короткий промежуток спутанности и дезориентировки; 5) отсутствуют признаки органического мозгового нарушения, включая эпилепсию и деменцию. (*Примечание научного редактора.*)

таются феномены сна и бодрствования» (р. 1406).

Лабораторные исследования показывают, что состояние сомнамбулизма возникает, как правило, во время первых трех часов сна и главным образом на 3-й или 4-й стадии сна. Обычно человек при этом садится на кровати, затем встает и ходит кругами. Его движения в этом состоянии производят впечатления автоматизма и отличаются плохой координацией (например, человек двигается медленно и с усилием). Глаза открыты, мимика отсутствует. В лабораторных условиях наблюдали сложное поведение, выполняемое в состоянии сомнамбулизма, например, одевание и принятие пищи. Обычно такое поведение выпадает из контекста, что указывает на отсутствие у субъекта, находящегося в этом состоянии, осознания своего внешнего окружения. Сомнамбулы пробуждаются с трудом, сознание возвращается к ним постепенно. В большинстве случаев у индивида сохраняется полная амнезия на эпизод сомнамбулизма. Редко случается более одного эпизода сомнамбулизма за ночь (Kales et al., 1980).

Сомнамбулизм обычно встречается у детей; как правило, к 10 годам он исчезает и очень редко проявляется в подростковом возрасте (Kales et al., 1980). Обычно начало лунатизма, продолжающегося у взрослых людей, относится к более позднему возрасту по сравнению с лунатизмом, который прекращается в детстве. Некоторые исследователи, наблюдая появление новых случаев лунатизма у членов одной се-

мы, предполагали возможность его генетической предрасположенности (Kales et al., 1980). Часто начало сомнамбулизма у взрослых связано с важным событием их жизни, однако в случаях, когда состояния сомнамбулизма постепенно с возрастом прекращаются, такая связь обнаруживается реже (Kales et al., 1980). Согласно данным Кейлса и его коллег (Kales et al., 1980), у взрослых сомнамбул вероятность проявлений психопатологии, например трудностей в контроле агрессии, выше по сравнению с субъектами, у которых сомнамбулизм с возрастом прекратился.

Вместе с тем внешняя активность, похожая на состояние сомнамбулизма, может быть и частью клинической картины РМЛ. Два моих пациента впервые обратились за медицинской помощью и проходили лечение по поводу эпизодов сомнамбулизма. Только некоторое время спустя стало ясно, что эти пациенты страдали РМЛ. Сомнамбулизм этих пациентов был вызван активацией в ночное время некоторых (главным образом детских) альтер-личностей этих пациентов, при этом происходило отреагирование детской травмы или отыгрывание запрещенных импульсов. Во время эпизодов лунатизма эти пациенты демонстрировали сложно организованное поведение, например, звонили своим терапевтам, пользуясь уличными телефонами, совершали кражи, работали на своем дворе и создавали сложные конструкции.

Состояние одержимости

Состояния одержимости встречаются достаточно часто. Их можно обнаружить во многих культурах (Yap, 1960; Mischel, Mischel, 1958; Wittcover, 1970), разнообразные формы этих состояний широко распространены в современной Америке (Pattison, Wintroob, 1981). Элленбергер (Ellenberger, 1970), изучавший развитие современной динамической психиатрии, считает, что ее корнями являются древние практики экзорцизма, применяемые против одержимости демонами.

Хотя некоторые аспекты состояния одержимости детерминированы данной культурой (например, в таких синдромах, как амок, лата, коро, иму, витико, пиблокто¹⁷ и др., на-

¹⁷ **Амок** (amok) – основные черты этого этноспецифического синдрома – паническое состояние с изменением сознания по типу сумеречного в сочетании с неконтролируемым стремлением двигаться в одном направлении, круша и ломая все, что стоит на пути, и убивая тех, кто мешает этому движению. Продолжается до тех пор, пока субъект в этом состоянии не будет остановлен другими или не упадет от бессилия. В психологической картине приступа отмечается регрессия поведения, когда на первый план всплывают инфантильные агрессивные реакции, проявляющиеся в виде автоматизмов. Слово «амок» малайского происхождения и имеет значение «неистово нападать», сам же синдром распространен как среди малайцев, так и среди других жителей тропических стран. **Лата** (latah) – этноспецифический синдром, характеризующийся поведением в экстремальной ситуации, которое разворачивается по типу повторения действий, фраз и жестов других людей (эхолалия, эхопраксия), автоматического выполнения приказов, стереотипного повторения отдельных предложений на фоне резкого возрастания

блюдаются определенные различия в характере поведения), однако во всех культурах они возникают в контексте религиозных или магических переживаний, для которых свойственно представлять все жизненные события, такие, как болезнь, несчастные случаи, успех и неудачу, тесно взаимосвязанными (Pattison, Wintrob, 1981). Енох и Третован (Enoch, Trethowan, 1979) сформулировали принцип «психологической причинности», который они считают общим для всех проявлений одержимости и родственных с ними расстройств. С их точки зрения, разновидность одержимо-

возбуждения, галлюцинаций. Первоначально такое поведение было описано у малайцев (прежде всего у женщин), в дальнейшем аналогичные результаты были получены и в других культурах, в частности, у жителей Сибири (мерячение). У айнов, коренных жителей Сахалина, и в Японии похожие состояния известны как **иму** (imu). **Коро** (koro) – этноспецифический синдром. Характеризуется появлением невротического страха (доходящего до паники), возникающего у мужчин из – за ощущения, что пенис начинает втягиваться в брюшную полость, и связанного с убеждением, что это должно повлечь за собой смерть. Первоначально данный синдром был описан у малайцев, проживавших в Китае и Индокитае, но в дальнейшем был соотнесен с аналогичными деперсонализационными состояниями европейцев, страдавших неврозами или психозами. **Витико** (witiko) – синдром одержимости каннибализмом: неотступным страстным желанием отведать человеческого мяса, убийства и поедания себе подобных. Обычно связан с актом каннибализма в голодное время. Известен среди индейцев Северной Америки. **Пиблокто** (pibloktoq) – этноспецифический синдром, представляющий собой внезапную истерическую реакцию (этот синдром известен также под названием *арктическая истерия*), проявляющуюся в криках, плаче, бессмысленном беге с одного места на другое, а также в актах самоповреждения, имеет чрезвычайно выраженную сексуальную окрашенность поведения (особенно у женщин). Наиболее обстоятельно данный синдром был описан у эскимосов. Одной из причин его возникновения называют сенсорную депривацию. (*Примечание переводчика.*)

сти, свойственная культуре запада, берет начало в древнегреческой концепции сакральной болезни. Психологическая причинность представляет собой убеждение в подвластности тех или иных событий воле некоей персонифицированной сущности.

История одержимости и использования обрядов экзорцизма для ее лечения описана в ряде публикаций (великолепную библиографию см.: Pattison, Wintrob, 1981). Остеррейх (Oesterreich, 1966) опубликовал классический психиатрический обзор, посвященный состояниям одержимости. Он выделял два главных типа одержимости: «сомнамбулистический», или истерический, тип и «сознательный», или обсессивный, тип. При сознательной одержимости самоосознание индивида остается сохранным, однако во внутренний мир субъекта как бы вторгается некая посторонняя сила, с которой тот вступает в борьбу за контроль своего поведения. В состоянии одержимости по сомнамбулическому типу индивид полностью теряет осознание своего Я, он становится как бы марионеткой овладевающей им сущности (Ellenberger, 1970). Сомнамбулическая одержимость, как правило, завершается полной или частичной амнезией на события, происходившие во время эпизода одержимости. При одержимости по сознательному типу у индивида, напротив, сохраняется способность воспроизведения воспоминаний о событиях, происходивших с ним в состоянии одержимости. Помимо этой, существуют и другие типологии одер-

жимости (Pattison, Wintrob, 1981; Enoch, Trethowan, 1979)¹⁸.

Паттисон и Винтроб (Pattison, Wintrob, 1981) предполага-
ли, что при всем разнообразии проявлений одержимости
«потусторонними силами» эти состояния могут быть рас-
положены вдоль гипотетического континуума, заключенно-
го между полюсами конкретных и абстрактных форм. На
полюсе конкретного находятся состояния одержимости «ду-
хом» какой-то конкретной персонифицированной сущности
животного бога, демона или другого существа; на проти-
воположном полюсе этого континуума находятся пережива-
ния одержимости мыслями, импульсами, идеями, воспоми-
наниями или образами. Одержимость может предстать и как
несчастье, и как благо. Это состояние может быть либо со-
циально одобряемым, либо социально неприемлемым.

Дебют одержимости обычно бывает резким, неожидан-
ным и хаотичным, иногда имеет насильственный характер
(Kenny, 1981; Ravenscroft, 1965; Enoch, Trethowan, 1979;
Mischel, Mischel, 1958). Равенскрофт (Ravenscroft, 1965) в
своем ярком описании состояний одержимости в гаитянской
культуре водун указывает на способы индукции этого со-
стояния: связанные и не связанные с исполнением ритуа-
лов. В первом случае возникновению состояний одержимо-
сти часто способствовали некоторые элементы ритуала, на-

¹⁸ В МКБ-10 состояние одержимости включено в рубрику диссоциативных рас-
стройств вместе с трансом, от которого оно отличается убежденностью в нахож-
дении под властью духа, потусторонней силы, божества или другого лица. (*При-
мечание научного редактора.*)

пример, такие, как возбуждение толпы, монотонные ритуальные песнопения, круговые ритмичные танцы, грохот барабанов, яркий свет факелов и свечей в ночной тьме. Другими причинами состояния одержимости, не связанными с ритуалами, могли быть личностные кризисы или тяжелый стресс (Ravenscroft, 1965; Mischel, Mischel, 1958). Равенскрофт (Ravenscroft, 1965) отмечал, что состояние одержимости часто наступало почти сразу после смерти значимого человека или разрыва отношений с ним.

Нередко начало одержимости сопровождается ощущением головокружения или нарушением равновесия (Ravenscroft, 1965; Mischel, Mischel, 1958). Иногда индивид при этом падает на землю и бьется в конвульсиях. Как правило, за первыми проявлениями этого состояния следует драматическая трансформация. Возможны явные изменения выражения лица, состоящие в изменении положения челюстей (например, их выпячивание), взаимном расположении черт лица и лицевых складок; в увеличении формы разреза глаз, расширении зрачков (Mischel, Mischel, 1958; Oesterreich, 1966). Драматические изменения возможны и в позе, манере держаться и походке индивида, находящегося в состоянии одержимости. В этом состоянии обычны и изменения речи: высоты голоса, лексического состава, а также появление особенных дефектов речи. В некоторых культурах, например, гаитянской культуре водун, участники ритуала легко распознают в поведении индивида, одержимого

сразу несколькими божествами, характерные черты стереотипного поведения, свойственные, согласно верованиям, тому или иному божеству (Mischel, Mischel, 1958; Ravenscroft, 1965).

Известна также такая форма одержимости, как глоссолалия¹⁹ – говорение на выдуманных, не существующих языках или на неизвестном индивиду языке. Долгое время это связывалось с состояниями одержимости, религиозным экстазом и медиумическими состояниями. Некоторые авторитетные специалисты в этой области выделяют два типа глоссолалии. К первому типу относятся состояния, которые возникают в контексте некоторых групповых религиозных церемоний, отличающихся высоким эмоциональным накалом, например, на службах пятидесятников, хотя подобные состояния встречаются и на богослужениях более умеренных деноминаций, таких, как епископалы²⁰, лютеране и пресвите-

¹⁹ Глоссолалия (от греческого glossa – «язык» и laleo – «говорить») – это бессмысленная, но фонетически структурированная человеческая речь. «Говорящий языками» считает, что его высказывания имеют смысл и выражены при помощи настоящего, но неизвестного большинству людей языка. Однако, по мнению экспертов, такие высказывания не имеют систематического сходства ни с одним естественным языком, живым или мертвым (См.: Goodman F.D. Speaking in Tongues (1972). University of Chicago Press). (*Примечание переводчика.*)

²⁰ Епископалы – так называют членов Англиканской Епископальной церкви в США и некоторых странах Африки. Англиканская Епископальная Церковь, во главе которой стоит английский монарх, была образована в 1536 году королем Генрихом VIII и является одной из ветвей протестантизма. (*Примечание переводчика.*)

риане (Epoch, Trethowan, 1979). Второй тип глоссолалий возникает у индивидов, находящихся в состоянии спокойной медитации, размышления и сосредоточения. Большинство исследователей считают глоссолалию одной из форм диссоциативных реакций, вместе с тем некоторые исследователи упоминают о связанной с такими состояниями вторичной выгоде (Epoch, Trethowan, 1979; Jahoda, 1969).

Данные о демографических характеристиках индивидов, переживающих состояние одержимости, являются довольно скудными. В работах Мишел и Мишел (Mischel, Mischel, 1958), а также Равенскрофта (Ravenscroft, 1965) отмечено, что у женщин эти состояния встречаются гораздо более часто, чем у мужчин. Состояния одержимости наблюдаются чаще у взрослых в возрасте от 25 до 45 лет, тогда как у детей они встречаются крайне редко. Равенскрофт (Ravenscroft, 1965) утверждает, что первый эпизод одержимости у женщин, как правило, происходит в возрасте между 17 и 22 годами, тогда как начало одержимости у мужчин обычно бывает в возрасте от 22 до 28 лет. Начиная с возраста примерно 45 лет частота эпизодов одержимости убывает, и одержимость обычно прекращается в возрасте около 60 лет (Ravenscroft, 1965).

Со стороны индивида, находящегося в состоянии одержимости, возможны проявления насилия по отношению к себе и к другим людям, однако, как правило, для таких проявлений свойственно как бы заигрывание с насилием: одержи-

мый редко причиняет реальный вред или наносит физический ущерб другим людям. Иногда, пытаясь сопротивляться своему состоянию одержимости, индивид может причинить себе боль (Ravenscroft, 1965). Довольно часто имеет место инфантильное или регрессивное поведение, что проявляется в утрате контроля над физиологическими функциями и в неряшливости (Mischel, Mischel, 1958). В состоянии одержимости люди часто демонстрируют экстраординарный уровень физической энергии и активности, пускаясь, например, в неистовый танец, длящийся несколько часов. Состояния одержимости часто заканчиваются обмороком.

Многие исследователи интересовались вопросом взаимосвязи между состояниями одержимости и душевными расстройствами, на этот счет существует много точек зрения и теорий. Авторитетные специалисты располагают состояние одержимости, как и другие диссоциативные состояния, вдоль континуума, на одном полюсе которого зафиксированы, по сути, нормальные и культурально приемлемые переживания, а на другом – крайние формы психопатологии (Pattison, Wintrob, 1981; Enoch, Trethowan, 1979).

Переживания выхода из тела и околосмертные переживания

Состояние выхода из тела обычно определяют как такое состояние, когда индивид воспринимает свое сознание или

душу отделившимися от физического тела или находящимися вне его (Twemlow et al., 1985). Эти состояния встречаются довольно часто. Нередко они наблюдаются в клинической картине таких хронических диссоциативных расстройств, как синдром деперсонализации и множественная личность. Результаты нескольких опросов, в которых приняли участие в основном студенты колледжей, показывают, что по крайней мере четверть опрошенных испытывали такие переживания (Hart, 1954; Green, 1968; Palmer, Dennis, 1975). Согласно результатам опроса, проведенного Шайлсом (Shiels, 1978), описания этих состояний, данные представителями 70 незападных культур, обладают высокой степенью сходства. Часто переживание выхода из тела является также одним из аспектов околосмертного переживания в случаях травм, представляющих угрозу жизни, или возврата жизнедеятельности после остановки дыхания или работы сердца (Twemlow et al., 1985; Sabom, 1982; Greyson, 1985).

У людей, не страдающих тяжелыми психическими расстройствами, переживания выхода из тела обычно возникают в состоянии физической релаксации и душевного покоя (Twemlow et al., 1985). Такие переживания характеризуются очень высокой степенью правдоподобия и реалистичности и не похожи на сновидение. Обычно в свидетельствах людей, описывающих пережитый ими опыт выхода из тела, отмечается, что психика или самосознание как бы отделяются от тела, но не удаляются от него на большую дистанцию, при этом

нет желания вернуться обратно в тело (Twemlow et al., 1985). В опросе, проведенном Твемлов и его коллегами, примерно 10 % переживаний выхода из тела связано с психотравмирующими ситуациями. Согласно наблюдениям, приведенным в обзоре Сабома (Sabom, 1982), примерно 30 % индивидов указали, что они наблюдали свои тела как бы со стороны, а у 54 % были трансцендентные переживания, в которых их сознание выходило в иное измерение или область потустороннего.

Большое число исследователей предлагали классификационные схемы для феноменов выхода из тела и околосмертных переживаний (Twemlow et al., 1985; Greyson, 1985; Shapiro, 1975–1976). В настоящее время нет согласия в том, что все эти феномены обладают специфической, общей для них совокупностью характеристик (Greyson, 1985). Наряду с этим проводятся исследования черт личности индивидов, которые часто подвержены состояниям выхода из тела (Irwin, 1980; Palmer, Vassar, 1974; Palmer, Lieberman, 1975). Были предложены различные теории этиологии этих переживаний; их можно разделить на две основные категории: сепарационистские и психологические (Irwin, 1980). Сепарационисты убеждены, что некий непсихический элемент экзистенции (например, душа, психея, астральное тело) действительно покидает тело и перемещается в иной мир. Согласно психологическим концепциям, феномены выхода из тела представляют собой особое состояние сознания, кото-

рое, по сути, является галлюцинаторным.

Некоторые бредовые синдромы

В 1923 году Капгра (Capgras) и Ребул-Лахо (Reboul-Lachaux) (EPOCH, Trethowan, 1979) впервые описали синдром, суть которого составляло убеждение пациента в подмене двойником некой персоны, как правило, близкого родственника пациента, обычно являющегося ключевой фигурой в жизни последнего, например, брачным партнером. Некоторые исследователи комментировали сходство синдрома Капгра с феноменами деперсонализации и деареализации (EPOCH, Trethowan, 1979).

Синдром *folie à deux*²¹ (или *folie à plusieurs*) возможно, состоит из нескольких синдромов. Центральной характеристикой этого синдрома является передача психических симптомов, в особенности параноидного бреда, от одной персоны к другой (EPOCH, Trethowan, 1979). Были описаны диссоциативные формы этого синдрома (KIRALY, 1975). Синдром Котара (*le délire de négation*²²) также рассматривался как вари-

²¹ Folie à deux (франц.) – «безумие вдвоем», «двойной психоз» или «индуцированное помешательство» – состояние, при котором два тесно общающихся между собой человека разделяют бред друг друга. Иногда у одного из представителей такой пары развивается психоз, который навязывается другому в процессе внушения; иногда оба представителя пары страдают шизофренией и совместно развивают бред или галлюцинации друг друга. (Примечание переводчика.)

²² Le délire de négation (франц.) – нигилистический бред, содержанием которого

ант диссоциативного состояния, хотя другие авторы убеждены, что этот синдром представляет собой параноидную форму инволюционного психоза. В крайнем выражении этого синдрома его основной симптом представляет собой полное отрицание существования собственного Я индивида. В более умеренных формах этот синдром либо проявляется как чувство измененности Я, похожее на деперсонализацию, либо приобретает черты безысходности или ненависти к самому себе (Enoch, Trethowan, 1979).

является гибель семьи и близких больного, а также всех людей на земном шаре и даже всей вселенной. (*Примечание переводчика.*)

Факторы, оказывающие влияние на тип диссоциативной реакции

Приняв положение, что большинство диссоциативных реакций, согласно данным исследований, возникает в ответ на психотравмирующие обстоятельства, превосходящие возможности индивида, и имеют адаптивный характер, мы можем задать вопрос: чем обусловлено появление диссоциативной реакции определенного типа (при том, что существует широкий спектр возможных диссоциативных реакций) у данного индивида в конкретных травматических обстоятельствах. Несмотря на множество недавно появившихся теорий и моделей, пытающихся объяснить возникновение только одной конкретной формы диссоциативной реакции, а именно РМЛ, ни одна из них не охватывает все диссоциативные расстройства, причиной которых является психическая травма. Из обзора приведенных в литературе данных следует, что форма диссоциативной реакции, вызванной психической травмой, обусловлена несколькими факторами (Putnam, 1985a).

Возраст

Косвенные данные, полученные из нескольких источников, дают основания предположить, что возраст инди-

вида в момент психотравмирующего события, взаимодействуя с некоторыми другими факторами, может иметь главное значение для типа диссоциативной реакции (Putnam, 1985a). Исчерпывающие данные о демографических характеристиках пациентов, страдающих диссоциативными расстройствами, отсутствуют, однако они указывают на то, что у определенных возрастных групп некоторые типы диссоциативных реакций более вероятны (Putnam, 1985a; Bernstein, Putnam, 1986). Данные других исследований подтверждают, что возраст или стадия развития индивида, соответствующие подтвержденному документально событию, ставшему причиной психической травмы, имеют важное значение для прогноза расстройства множественной личности. Кроме того, в исследованиях других типов диссоциативной реакции получены тесные положительные корреляционные связи между возрастом, в котором пациент в детстве получил психическую травму, и уровнем его гипнотической восприимчивости во взрослом состоянии (Putnam, 1985a).

Пол

Чрезвычайно трудно определить, какое влияние оказывает пол на тип диссоциативных реакций (или даже на диссоциативные реакции вообще), которые склонен проявлять индивид. Во многих опубликованных исследованиях и подборках описаний случаев были допущены искажения по ря-

ду параметров выборки, в том числе и по половому составу. В опубликованных собраниях случаев расстройства множественной личности явно доминируют женщины. По мере роста числа этих публикаций дисбаланс постепенно выравнивается, тем не менее соотношения между женщинами и мужчинами достигает 8:1 или 9:1. Такие же цифры получены и в эмпирических исследованиях (Allison, 1974a; Putnam et al., 1986). Некоторые опытные терапевты в своих публикациях приводят гораздо более низкие значения этого соотношения, находящиеся в диапазоне от 4:1 до 2:1 (Kluft, 1984a; Bliss, 1984a).

Многие клиницисты полагают, что данные о преобладании РМЛ среди женщин, возможно, являются, по крайней мере в некоторых исследованиях, следствием существенных нарушений, допущенных при формировании выборок. Женщины с диагнозом РМЛ встречаются среди пациентов психиатрических клиник гораздо чаще, чем мужчины, так как женщины склонны направлять свою агрессию вовнутрь, на самих себя, что проявляется как попытки и намерения совершить суицид или нанести себе физическое увечье; мужчины же, страдающие РМЛ, гораздо чаще попадают в учреждения пенитенциарной системы, поскольку у мужчин преобладает тенденция направлять агрессию вовне (Bliss, 1980; Greaves, 1980; Boor, 1982; Putnam et al., 1984a).

Единственное опубликованное на сегодняшний день исследование криминальной популяции показывает удиви-

тельно высокую частоту встречаемости РМЛ среди насильников и осужденных за сексуальные преступления (Bliss, Larson, 1985). Вопрос, касающийся этой очевидной связи между полом и частотой встречаемости РМЛ, обсуждается более подробно в третьей главе.

Резюме

В этой главе приведен исторический обзор экспериментальных и клинических исследований диссоциации, который открывается упоминанием оригинальных работ Пьера Жане, положивших начало исследованиям диссоциации, и охватывает период прилива и отлива интереса и доверия к диссоциативным расстройствам. В настоящее время подавляющее большинство ведущих специалистов в области диссоциации рассматривают все проявления диссоциативного процесса как точки гипотетического континуума, варьирующиеся от незначительных «обыденных» переживаний (например, дневные грезы) до выраженных психиатрических расстройств (например, множественная личность). Патологические формы диссоциации характеризуются существенными нарушениями памяти и глубокими изменениями чувства собственной личностной идентичности, часто они являются реакцией на интенсивную физическую и/или психологическую травму. Диссоциативные реакции носят, как правило, адаптивный характер в контексте психотравмирующей ситуации, обстоятельства которой стали причиной их возникновения, тогда как вне этого контекста они становятся дезадаптивными и патологическими. Приведен обзор диссоциативных расстройств, предваряющий обсуждение РМЛ. Рассмотрены некоторые факторы (возраст и пол), которые

могут оказывать влияние на предпочтение того или иного типа диссоциативной реакции.

Глава 2

История и диагностические критерии

Расстройство множественной личности является крайним случаем диссоциативной психопатологии. Как синдром РМЛ включает все главные черты других основных диссоциативных расстройств. В клинической картине РМЛ встречаются и симптомы психогенной амнезии, и эпизоды фуги, и состояния глубокой деперсонализации (Putnam et al., 1986). 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. Если пациент не получает должного лечения, то РМЛ может длиться всю жизнь, при этом конкретные проявления этого расстройства в той или иной степени зависят от продолжительности заболевания и индивидуальных особенностей пациента (Kluft, 1985a).

Множественная личность – одно из наиболее загадочных и необычных психических расстройств, хотя его диагностические критерии сейчас достаточно определены. Самостоятельные и автономные альтер-личности, попеременно овладевающие контролем над поведением индивида, вызывают зачарованность у одних и острую реакцию недоверия – у

других. Факт существования подобного рода структур психики ставит под сомнение фундаментальные представления о единстве личности и сознания. В то же время у пациентов с РМЛ, помимо специфичных для данного расстройства симптомов, встречается большинство симптомов, присутствующих в клинической картине других психиатрических расстройств.

Формирование представлений о РМЛ происходило параллельно с развитием современной психиатрии (Ellenberger, 1970). Все ученые, внесшие значительный вклад в становление современной психиатрии на первых этапах ее развития, работали над решением проблем, связанных с РМЛ. Бенджамин Раш, основатель американской психиатрии, был одним из таких пионеров-исследователей, он создал курс лекций, посвященных этому расстройству (Carlson, 1981). В концепциях психопатологии и психики Жана-Мартина Шарко, а также многих его известных коллег по Обществу психологии и физиологии (Société de Psychologie Physiologique), таких, как Бабинский, Бернгейм, Бине и Жане, описания диссоциативных феноменов вообще и РМЛ в частности занимали центральное положение. Нечто подобное происходило и в Соединенных Штатах. В основе концепций, касающихся природы сознания и организации психики, таких светил науки, как Вильям Джеймс и Мортон Принц, лежал их личный опыт работы с пациентами, страдающими РМЛ.

Даже Фрейд, решительно отказавшийся от использова-

ния гипноза в качестве терапевтической техники и предложивший психодинамические формулировки, базирующиеся скорее на его концепции вытеснения, чем диссоциации, начинал свою карьеру с исследования природы двойного сознания (Breuer, Freud, 1895/1957)²³. Несмотря на спад интереса к диссоциации и множественной личности, последовавший за повсеместным признанием теории Фрейда, теперь, в современных моделях и теориях организации сознания, диссоциативный процесс и РМЛ опять, как прежде, занимают центральные позиции (Hilgard, 1977; Fischer, Pipp, 1984). Если та или иная теория или модель претендует на объяснение организации и структуры человеческого сознания и поведения, то она должна учитывать и феномены, наблюдаемые при РМЛ.

²³ Случай «Анны О.». (Примечание научного редактора.)

История расстройства множественной личности

Самые первые случаи

Обращаясь к корням верований и религиозного поведения в далеком прошлом, мы находим прообразы РМЛ в шаманских трансформациях и состояниях одержимости. На рисунках наскальной пещерной живописи эпохи палеолита, а также в современных произведениях резьбы по кости у эскимосов мы видим изображения одержимых духами шаманов, превращающихся в животных. Согласно мнению специалистов, в шаманизме отражено некое фундаментальное качество человеческой психики, о чем свидетельствуют универсальные, по сути, темы и общие черты, присутствующие в разных культурных традициях, принадлежащих разным эпохам, а также среди разных, казалось бы, несовместимых этнических сообществ и культур (Halifax, 1982; Harner, 1982).

В течение многих столетий в западном мышлении доминировала концепция демонической одержимости, однако после того как от идеи одержимости в значительной степени отказались как от главного объяснения всех отклонений в поведении, началась регистрация случаев расстройства множественной личности (Ellenberger, 1970). Остер-

рейх (Oesterreich, 1966) определил две формы одержимости: сознательную и сомнамбулическую, о которых упоминалось в главе 1. Элленбергер (Ellenberger, 1970), указывая на явное сходство между этими типами одержимости и двумя основными формами проявления множественной личности, пришел к следующему выводу: «Видимо, феномен одержимости, который так часто встречается на протяжении многих столетий, можно считать одной из форм множественной личности» (р. 127). Поэтому нет ничего удивительного в том, что в прошлом РМЛ встречалась не намного чаще, чем в наше время, принимая во внимание условия средневековой жизни, мрачную картину которой живописали такие признанные специалисты, как Барбара Тачмен (Tuchman, 1978).

Блисс (Bliss, 1980) считает, что первое, датированное 1646 годом, описание случая РМЛ у женщины, страдавшей амнезией, вызванной активностью ее альтернирующих личностей, распорядившихся ее деньгами, принадлежит Парацельсу. В 1791 году Эберхард Гмелин описал случай «обмена личностями» (Ellenberger, 1970). Его пациенткой была женщина, немка двадцати лет, которая внезапно «меняла» свои манеры и переходила на другой язык. Личность, которая появлялась вместо прежней личности этой женщины, говорила на совершенном французском языке и вела себя как дама из высшего света. Хотя пациентка помнила обо всем, что происходило с ней в ее «французском» состоянии, у нее была амнезия на поведение ее «немецкой» личности. Гмелин

добивался у своей пациентки переключения с одной личности на другую, используя в качестве сигнала жест своей руки.

Бенджамин Раш, один из тех, кто подписал декларацию независимости США, главный хирург континентальной армии и автор первого американского учебника по психиатрии, в своих лекциях и публикациях, посвященных психофизиологии, публиковал описания случаев диссоциации и множественной личности (Carlson, 1981, 1984). Раш предполагал, что механизм возникновения раздвоения сознания состоит в разрыве связи между двумя полушариями мозга – это была одна из первых спекуляций в ряду многих подобных, постулирующих обусловленность множественной личности межполушарной асимметрией. Самым известным в то время случаем РМЛ был случай Мэри Рейнольдс, пациентки доктора Самуэля Латама Митчелла, его описание впервые было опубликовано в 1816 году. Позже появились популярные версии этого случая: в Соединенных Штатах Харпер Нью Мансли Мэгэзин (Harper's New Monthly Magazine) опубликовал статью Вильяма С. Пламера в 1860 году; в Европе Роберт Макниш привел описание этого случая в своей книге «Философия сна», вышедшей в свет в 1830 году (Carlson, 1984).

Однако более показательным во многих отношениях является случай Эстеллы, описанный Диспайном (Ellenberger, 1970). В 1836 году у Диспайна проходила курс лечения одиннадцатилетняя швейцарская девочка, симптомы заболева-

ния которой со временем изменялись. На смену параличу и повышенной чувствительности кожи к прикосновениям приходили явные признаки параллельного существования второй личности, которая могла передвигаться самостоятельно, любила играть в снежки и не выносила присутствия своей матери. Непосредственное присутствие некоторых объектов (например, кошки) могло стать причиной каталепсии у второй личности. Две личности Эстеллы отличались хорошо различимыми и взаимоисключающими манерами поведения, пищевыми предпочтениями и особенностями отношений с другими людьми. Шестидесятилетнему Диспайну удалось установить хороший раппорт со своей юной (11 лет) пациенткой, что позволило ему достичь успеха в ее психотерапии, несмотря на то, что основной акцент в лечении этой пациентки врач ставил на гидротерапевтических и магнетических процедурах. В подробном описании этого случая, в монографии, опубликованной в 1840 году, Диспайн впервые сформулировал четыре принципа психотерапии РМЛ, которые сохраняют свою актуальность и по сей день (Kluft, 1984b).

Рост интереса к диагнозу «множественная личность»: 1880–1920 годы

За период с 1880 года до начала 1920 отмечается резкий

рост интереса со стороны врачей, психологов и философов к диссоциации и множественной личности (Ellenberger, 1970; Taylor, Martin, 1944; Sutcliffe, Jones, 1962). В это время публикуется довольно много описаний случаев этого расстройства, особенно во Франции и Соединенных Штатах. Клинические исследования случаев этого расстройства отличались скрупулезным описанием деталей (часто единственному случаю были посвящены целые тома), а также активным экспериментированием с диссоциативными феноменами в сочетании с тщательной разработкой теоретических представлений о природе сознания и связи между диссоциированными личностями и такими нормативными психическими феноменами, как фантазирование и гипноз. На представительных и влиятельных международных конференциях и конгрессах того времени проблеме диссоциации часто посвящались продолжительные сессионные заседания.

Некоторые случаи этого расстройства привлекли всеобщее внимание благодаря значимости и качеству сделанных в них научных наблюдений. Так, Эжен Азам (1822–1899) наблюдал свою пациентку Фелиду Х в течение 35 лет и опубликовал описание ее случая в 1887 году с предисловием Шарко (Azam, 1887). Детство Фелиды Х, 1843 года рождения, рано потерявшей своего отца, было тяжелым. Начиная с 13 лет у нее проявлялись признаки существования второй личности во время кратких летаргических состояний, в которые Фелида погружалась всего на несколько минут. Вторая личность

была яркой и энергичной, ее не беспокоили многочисленные физические недуги, от которых страдала Фелида. У первой личности была амнезия на поведение второй личности, тогда как вторая личность помнила все, что происходило с пациенткой в ее жизни. Некоторое время спустя у пациентки появилась третья личность, которая страдала от приступов тревоги и галлюцинаций. Когда пациентка забеременела и первая личность никак не могла объяснить эту беременность, ответственность за происходящее взяла на себя вторая личность. Соломон и Соломон (Solomon, Solomon, 1984) описали поразительно похожий случай пациентки, страдающей РМЛ, которая не могла объяснить своей беременности. Со временем вторая личность стала доминировать, но время ее присутствия продолжало оставаться недолгим. Каждая личность пациентки настаивала на том, что именно она является здоровой, а другие ненормальны.

В это время Жане публикует описания нескольких случаев своих пациентов, в том числе случая знаменитой Лиони. После начала экспериментов (о них говорилось в главе 1), принесших Жане первое признание, он продолжил работу с этой пациенткой и обнаружил у нее альтер-личность. Эта альтернирующая личность носила детское имя пациентки Нишетт (Nichett) и была инфантильной. Жане также работал с Люси, чья вторая личность, Адриен, помогала справиться пациентке с воспоминаниями о детском травматическом переживании, вызывавшем у нее ужас. Жане создал усло-

вия для корректирующего отреагирования, благодаря которому вторая личность пациентки исчезла (Ellenberger, 1970). Некоторые авторы считают, что и у Розы, другой пациентки Жане, также было расстройство множественной личности, хотя для этого, видимо, все же нет достаточных оснований (Sutcliffe, Jones, 1962). Роза страдала от разнообразных сомнамбулистических состояний; при этом иногда, находясь в подобных состояниях, она была парализована, хотя в других случаях сохраняла способность перемещаться самостоятельно.

«Кристина Бьючамп», случай которой детально описан Муртоном Принцем в его книге «Диссоциация личности» (Prince M., 1906), является одной из самых известных пациенток с РМЛ, с популярностью которой могут поспорить только случаи Мэри Рейнольдс, Евы (Tigpen, Clecley, 1957) и Си-бил (Schreiber, 1974). Принц приступил к работе с «мисс Бьючамп» в 1898 году, когда она, 22-летняя студентка подготовительного класса, обратилась к Принцу за помощью с жалобами на головные боли, истощение и «торможение воли». Используя гипноз для облегчения ее страданий, он обнаружил у пациентки две различные личности, которые он обозначил как VI и VII. VI казалась гротескным преувеличением бодрствующей личности пациентки, VII, тогда как третья личность была совсем другой. VII называла себя Салли и вела себя как ребенок, она охотно проказничала и любила зло подшутить над VI. Салли была зайкой, у

нее не было манер VI, и она не умела говорить по-французски. Она презирала VI и была высокомерна по отношению к ней, она искала возможности досадить ей, либо оказывая на нее косвенное влияние (например, заставляя VI произносить неуместные слова), либо открыто саботируя дела VI.

Позже в процессе терапии появилась четвертая личность ВIV, или «Дурочка». Эта личность была крайне регрессивна и связана с травматическим событием, которое пациентка пережила в возрасте 18 лет. Было известно, что детство мисс Бьючамп было довольно трудным. Когда ей было 13 лет, умерла ее мать, и в подростковом периоде ей пришлось пережить ряд психотравмирующих ситуаций, послуживших причиной ее бегства из дома, однако обстоятельства этих ситуаций остались невыясненными. Принц добился интеграции личностей VI и VII и «загипнотизировал» VIII, после чего эта личность уже не появлялась. По имеющимся сообщениям, «мисс Бьючамп», которой, как теперь стало известно, была Клара Мортон Фуллер, в итоге была излечена. Впоследствии она вышла замуж за коллегу Принца, бостонского невролога доктора Георга Ватермана (Kennу, 1984).

Уолтер Франклин Принц (не состоящий в родстве с Мортоном Принцем) также привел очень подробное описание классического случая РМЛ (Prince W.F., 1917). Принц представил пятидесятистраничный «приблизительный набросок» этого случая, являющийся выжимкой из заметок о ежедневных наблюдениях, насчитывающих 1900 страниц,

которые он вел в течение трех лет. Его пациентка, Дорис Фишер, выросла в условиях лишений, она подвергалась физическому насилию со стороны своего отца. Принц связывает происхождение двух альтер-личностей пациентки с эпизодом, когда ее отец в припадке ярости швырнул ее на землю. При описании этого случая Принц отметил многие феномены, которые теперь признаны классическими признаками РМЛ, в том числе: детские альтер-личности; слуховые и визуальные галлюцинации; эпизоды отреагирования психической травмы, во время которых тело пациентки растягивалось и «сжималось от воображаемых ударов»; а также разнообразные нарушения восприятия. Он отмечал также, что спала только вторая личность пациентки, тогда как «основная личность» никогда не засыпала. Принц привел описание классического паттерна поведения при переключении между личностями, который, как правило, наблюдают у пациентов с диагнозом 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 M. 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» (р. 90). Иногда он наблюдал более 50 переключений в день. В конце лечения две личности, одну из которых звали Больная Дорис (Sick Doris), были интегрированы с Настоящей Дорис, тогда как третья личность, Спящая Настоящая Дорис, «исчезла». Тщательная детальная проработка клинических феноменов Уолтером Ф. Принцем в описании этого случая представляет собой академическое исследование РМЛ в миниатюре.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.