

Клиническая
психология

Онно Ван дер Харт,
Эллерт Р. С. Нейенхэюс,
Кэти Стил

Призраки прошлого

Структурная
диссоциация и терапия
последствий хронической
психической травмы

Клиническая психология

Онно Ван дер Харт

**Призраки прошлого. Структурная
диссоциация и терапия
последствий хронической
психической травмы**

«Когито-Центр»

2006

УДК 159.9
ББК 88

Харт О.

Призраки прошлого. Структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы / О. Харт — «Когито-Центр», 2006 — (Клиническая психология)

ISBN 978-5-89353-401-6

Книга «Призраки прошлого» переведена на многие европейские языки и получила положительные отклики специалистов во всем мире. Авторы предлагают вниманию читателя теорию структурной диссоциации, которая задает рамку для организации терапевтического воздействия при работе с пациентами, страдающими от последствий психической травмы, а также открывает новые перспективы в области психотравматологии. Данная теория может послужить основой для интеграции разных концепций психической травмы. В формате PDF A4 сохранён издательский дизайн.

УДК 159.9
ББК 88

ISBN 978-5-89353-401-6

© Харт О., 2006
© Когито-Центр, 2006

Содержание

Предисловие	6
Благодарности	11
Предисловие авторов к русскому изданию	12
Введение	13
Часть 1	30
Глава 1	30
Конец ознакомительного фрагмента.	44

**Онно Ван дер Харт, Эллерт
Р. С. Нейенхэус, Кэти Стил**
**Призраки прошлого. Структурная
диссоциация и терапия последствий
хронической психической травмы**

Onno Van der Hart, Ellert R. S. Nijenhuis, Kathy Steele

The Haunted Self

Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization

This edition published by arrangement with W. W. Norton & Company Ltd

Научная редакция В. А. Азарков

© Onno Van der Hart, Ellert R. S. Nijenhuis, Kathy Steele, 2006

© Когито-Центр, 2013

Предисловие

Довольно часто жизнь людей, переживших хроническую психическую травму, превращается в череду непрерывных испытаний. Задачи диагностики и последующего лечения этих пациентов в значительной мере осложнены тем, что они страдают от многочисленных симптомов, связанных с самыми разными коморбидными расстройствами. Многие пациенты испытывают серьезные трудности в повседневной жизни, обусловленные интрапсихическими конфликтами и дезадаптивными стратегиями совладания. Главной причиной их страданий является мучительный опыт прошлых психотравмирующих переживаний, который преследует их в повседневной жизни. Поэтому даже в том случае, когда такой пациент пытается скрыть свое страдание за фасадом кажущегося благополучия, что является довольно распространенной стратегией, его травматический опыт всегда присутствует в пространстве терапевтических отношений, вовлекая терапевта в круги переживания отчаяния и боли. Неудивительно, что пациенты с историей хронической травмы часто меняют терапевтов, не получая при этом от терапии почти ничего. Как правило, такие пациенты считаются крайне трудными для терапии или резистентными ей.

В этой книге нам бы хотелось поделиться тем, что мы узнали и чему научились за почти 65 лет совокупного опыта коллективных усилий в области лечения и изучения случаев пациентов, страдающих от последствий травмы. Мы всегда внимательно прислушивались к нашим пациентам для того, чтобы понять сложный и необычный мир их переживаний, задача выражения которого при помощи слов была для них очень трудной и пугающей. Мы опирались на опыт практической работы, эмпирических исследований и теоретических размышлений, а также на обширную литературу по психической травме XIX – начала XX века и недавнего времени. Самые разные концепции, заимствованные из разнообразных теоретических подходов – теории научения, системного подхода, когнитивной психологии, теорий эмоций и привязанности, психодинамического направления, а также теории объектных отношений, – оказались весьма полезными в нашем поиске. Большое влияние на нас имели недавние разработки в области эволюционной психологии и психобиологии, особенно последние данные по нейроанатомии и нейрофизиологии эмоций и психобиологии травмы. В результате переработки всего этого массива данных сложилось наше понимание сути травмы как *структурной диссоциации личности*.

В нашей концепции мы исходим из определения термина «диссоциация», как оно было сформулировано Пьером Жане (1859–1947), французским философом, психиатром, психологом, который признан «одним из наиболее плодотворных практиков и теоретиков в области психиатрии за последние два века» (Nemiah, 1989, p. 1527). Его работы являются основополагающими для теории и лечения психиатрических расстройств, связанных с психической травмой. Структурная диссоциация представляет собой изменения в организации личности индивида, которые происходят после переживания психической травмы. Структурная диссоциация, прежде всего, характеризуется чрезмерной ригидностью и изолированностью психобиологических систем личности в отношении друг друга, что приводит к недостатку внутренней связности и согласованности личности пострадавшего индивида.

Введение термина *структурная диссоциация (личности)* продиктовано сложившейся ситуацией в области изучения диссоциации. Приходится признать, что в настоящее время концепция диссоциации как таковая утратила ясность и стала довольно проблематичной. Так, мы можем встретить в литературе множество совершенно разных и часто противоречивых определений *диссоциации*. Термин «диссоциация» используют и для обозначения отдельных симптомов, и для описания сознательной или неосознаваемой психической активности, или «процесса», а также как название одного из защитных «механизмов» психики, и этот перечень может быть продолжен. Круг симптомов, считающихся диссоциативными, сделался настолько

широким, что данная клиническая категория утратила свою специфику. Помимо симптомов структурной диссоциации личности, к кругу диссоциативных феноменов относят состояния измененного сознания, варьирующие в широком спектре от нормы до патологии. Как будет показано далее в этой книге, с нашей точки зрения, такое расширение концептуального поля сильно искажает значение понятия.

В нашей книге представлена попытка синтеза теории структурной диссоциации и психологии действия Жане. Психология действия, берущая начало в новаторских трудах Жане, исследует природу адаптивных и, соответственно, интегративных действий, овладение которыми необходимо для каждого, кто желает реализовать свой потенциал и жить полноценной жизнью. Адаптивные интегративные действия необходимы как пациентам в их усилиях, направленных на решение посттравматической проблемы, так и терапевтам, которые помогают пациентам справиться с последствиями психической травмы. Психология действия имеет универсальное применение. Мы рассмотрим личностную организацию человека, пережившего травму, а также причины, по которым его или ее психические и поведенческие акты становятся дезадаптивными. Теория структурной диссоциации и психология действия Жане, представленные в этой книге, дают подробный ответ на вопрос о том, какого рода интегративные действия со стороны пережившего травму индивида необходимы для того, чтобы преследующее его прошлое отступило, а в жизни произошли существенные перемены к лучшему.

Книга адресована, прежде всего, клиницистам, но будет интересна и студентам, обучающимся по специальностям «клиническая психология» и «психиатрия», а также исследователям. Терапевты, работающие с взрослыми, пережившими в детстве хроническую травму жестокого обращения или пренебрежения, найдут в ней полезные идеи и приемы, которые могут сделать терапию более действенной и эффективной, а также легче переносимой для страдающего человека. Они, как и мы когда-то, возможно, вновь откроют для себя старую добрую истину, что нет ничего практичнее хорошей теории. Мы считаем, что теория и терапевтический подход, изложенные в книге, будут полезны и для коллег, работающих с беженцами, жертвами пыток, ветеранами войны, а также со взрослыми, пережившими единичное травматическое событие, такое как сексуальное насилие, теракт, дорожно-транспортное происшествие или стихийное бедствие.

Книга поможет студентам клинической психологии и психиатрии лучше ориентироваться в диагностике, лечении и исследовательской работе в области последствий психической травмы. Исследователи смогут открыть для себя эвристичность теории структурной диссоциации как источника многих научных гипотез. Например, наша теория предлагает описание того, как происходят изменения в психическом функционировании и поведении индивида, пережившего тяжелую травму, при передаче исполнительного контроля от одной части диссоциированной личности к другой, – факт, который часто упускают из вида многие исследователи травматического стресса.

Для работы со случаями единичной травматизации и посттравматического стрессового расстройства (PTSD; APA, 1994) широкое распространение получили такие относительно краткосрочные виды терапии, как когнитивно-бихевиоральная терапия и десенсибилизация и переработка при помощи движения глаз (ДПДГ-EMDR; Foa, Keane & Friedman, 2000; Foa & Rothbaum, 1998; Follette, Ruzek & Abueg, 1998; Leeds, 2009; Resick & Schnicke, 1993; Shapiro, 2001). Однако до сих пор не проведено исследований, которые подтверждали бы эффективность применения этих подходов в лечении пациентов с хронической травматизацией вне фазово-ориентированной терапии, модель которой представлена в этой книге. Тяжелая коморбидная психопатология, свойственная этим пациентам, является основной причиной исключения их из исследований эффективности терапии при ПТСР (Spinazzola, Blaustein & Van der Kolk, 2005). К тому же единичные травматические события во взрослом возрасте часто воскрешают прошлые непроработанные травматические переживания. Некоторым людям с опытом хро-

нической психической травмы в детстве удается справиться с последствиями переживания единичного психотравмирующего переживания во взрослом возрасте, несмотря на нарушенную способность к интеграции. Однако это происходит ценой больших усилий, и достигнутое равновесие часто оказывается хрупким: стоит требованиям жизни превысить возможности интеграции, и у человека могут появиться все симптомы расстройства, связанного с психической травмой. Для таких пациентов вряд ли будет уместным формат краткосрочной терапии, основанной на интервенциях прямой конфронтации с травматическим опытом. Пациентам с опытом кумулятивной травматизации обычно требуется более сложная работа в долгосрочной терапии. Наша книга как раз посвящена именно такому подходу к лечению последствий травмы.

Исходя из теории структурной диссоциации и психологии действия Жане, мы разработали модель *фазово-ориентированного лечения*, фокусирующегося на выявлении и проработке структурной диссоциации и связанных с ней дезадаптивных психических и поведенческих действий. Основным принципом этого подхода является помощь пациентам в овладении более эффективными психическими и поведенческими действиями, которые позволили бы им преодолеть структурную диссоциацию и изменить свою жизнь к лучшему. Наш подход направлен на решение главной терапевтической задачи, которую можно сформулировать следующим образом: повышение способности к интеграции (или, согласно нашей теории, *психического уровня* пациента), в первую очередь, для того, чтобы улучшить адаптационные возможности пациента в его повседневном функционировании, что создает условия для второго шага, а именно переработки неинтегрированного травматического опыта пациента, завершения «незаконченных дел», главным образом это касается травматических воспоминаний.

Во вступительной главе предлагается краткий обзор понятия диссоциации, представлений о фазово-ориентированной терапии и основных понятий психологии действия Жане, которые в дальнейшем обсуждаются более подробно. Первые пять глав первой части посвящены клиническому описанию разных уровней структурной диссоциации и введению в теорию структурной диссоциации. В первой главе описывается базисная форма структурной диссоциации (или первичная диссоциация), при которой происходит разделение личности индивида, пережившего психическую травму, на основную диссоциативную часть, связанную с активностью в повседневной жизни и избегающую травматических воспоминаний, и другую – обладающую менее сложной организацией и ориентированную на защиту от угрозы. В этой главе также обсуждаются различия между автобиографическими нарративными и травматическими воспоминаниями. Во второй главе представлен детальный анализ различий между двумя типами диссоциативных частей личности, описанными в предыдущей главе. В третьей главе рассматривается вторичная структурная диссоциация личности, при которой одна часть личности ориентирована на повседневную жизнь, а две и более части – на защиту от угрозы. Этот уровень структурной диссоциации свойствен пациентам с опытом хронической травматизации и страдающим сложными психиатрическими расстройствами, связанными с травмой. Четвертая глава содержит характеристику третичной структурной диссоциации, которая наблюдается у пациентов с двумя и более диссоциативными частями, вовлеченными в повседневную активность, и несколькими другими частями личности, сосредоточенными на защите от угрозы. Мы считаем, что третичная структурная диссоциация свойственна исключительно пациентам с расстройством диссоциированной идентичности. В пятой главе мы пытаемся внести некоторую ясность в то, какие симптомы могут быть признаны диссоциативными. В шестой главе приводится анализ того, как теория структурной диссоциации может быть применена для объяснения различных травматических расстройств описанных как в DSM-IV (APA, 1994), так и МКБ-10 (WHO, 1992), а также для понимания коморбидных расстройств, столь часто встречающихся у жертв хронической травмы.

Во второй части рассматривается *психология действия Жане* и ее приложение к концепции структурной диссоциации. Здесь мы анализируем внешние проявления психических и поведенческих действий дезадаптивного характера или отсутствия необходимых адаптивных действий у пациентов, имеющих опыт хронической травматизации. Наш терапевтический подход направлен на помощь пациенту в отказе от дезадаптивных действий, проявляющихся в симптомах психиатрического расстройства и поддерживающих структурную диссоциацию, и овладение новыми адаптивными действиями. Здесь мы обсуждаем возможные адаптивные и интегративные действия. В седьмой главе описана роль особых психических и поведенческих действий, необходимых для достижения и поддержания интеграции личности, а также для лучшей адаптации к повседневной жизни. Центральной темой этой главы выступает синтез как основа интеграции. Восьмая глава посвящена осознанию, или, говоря словами Жане, *реализации*¹, составными элементами которой являются персонификация и презентификация. *Реализация* является более высоким и сложным уровнем интеграции и требует более высокого уровня психического функционирования. Здесь же описаны трудности, с которыми сталкиваются пострадавшие от психической травмы при восприятии настоящего. Например, действия людей после психотравмирующего переживания свидетельствуют о том, что у них нарушено представление о границе между переживанием событий настоящего и опытом травматической ситуации, которая осталась в прошлом. Так, например, для них характерно ожидание, что будущее неизбежно чревато повторением пережитой когда-то катастрофы: травматический опыт не обрел качества прошлого, он как бы продолжается в настоящем и в будущем. Такие искажения восприятия реальности являются следствием низкого уровня психического функционирования травмированных индивидов в ситуациях, когда они вынуждены решать жизненные проблемы и, соответственно, приводят к серьезным трудностям и срывам в адаптации. Решение задач повседневной жизни требует от индивида самых разных действий, организованных в иерархическую структуру, так что на самых высоких уровнях в этой иерархии расположены наиболее сложные действия. Действия высокого уровня составляют определенную проблему для индивидов, переживших психическую травму. В девятой главе приведено описание данной иерархической модели. Представление о такой иерархической организации оказывается полезным для систематической оценки текущего уровня адаптивного функционирования в терминах психических и поведенческих действий. В этой же главе обсуждаются как дезадаптивные действия пациентов, к которым они прибегают в тех случаях, когда уровень их функционирования не позволяет им совершать действия, ведущие к адаптации, так и те действия, которые необходимы для позитивных изменений. Десятая глава содержит обзор различных фобий, которые свойственны людям, имеющим опыт хронической травмы, и которые вносят свой вклад в поддержание структурной диссоциации. В этой главе также большое внимание уделено принципам научения, участвующим в механизмах поддержания структурной диссоциации.

Третья часть посвящена систематическому описанию того, как теория структурной диссоциации и психология действия могут найти приложение в диагностике функционирования пациента (глава 11) и в фазово-ориентированном лечении (последующие главы). В двенадцатой главе обсуждаются общие принципы терапии последствий психической травмы. Основная цель действий терапевта состоит в повышении уровня психического функционирования паци-

¹ Термин *realization* в том значении, в котором он принят авторами, чрезвычайно трудно перевести на русский язык одним словом. Словарь дает следующие варианты перевода: 1) осуществление, выполнение (плана и т. п.) претворение в жизнь, исполнение; 2) осмысление, осознание, понимание, постижение. В понимании Жане, а вслед за ним и авторов данной книги, добавляется еще третий аспект, связанный с понятием «реальности». Термин *realization* содержит все эти значения, выбор любой из обозначенных альтернатив существенно сужает его семантическое поле и искажает смысл. Поэтому мы приняли решение использовать в нашем переводе транслитерацию английского слова – *реализация*, выделяя в тексте курсивом этот специальный термин. – *Прим. пер.*

ента, улучшении его психологических и коммуникативных навыков. В последующих главах обсуждаются задачи каждой из трех фаз терапии, при этом много внимания уделено работе с конкретными фобиями, которые поддерживают структурную диссоциацию и препятствуют адаптивному функционированию. В тринадцатой главе – первой из двух глав, посвященных задачам начальной фазы терапии, – мы остановимся на преодолении страха установления и утраты привязанности в отношениях с терапевтом. Эта глава посвящена проблеме терапевтических отношений с пациентом, одновременно избегающим привязанности и стремящимся к ней. В четырнадцатой главе рассматривается преодоление фобии ментальных действий, связанных с травмой (мыслей, чувств, воспоминаний, желаний и пр.), а пятнадцатая глава продолжает эту тему в отношении фобии диссоциативных частей. В шестнадцатой главе описана вторая фаза терапии, фокусом работы которой является фобия травматических воспоминаний. Семнадцатая глава посвящена третьей фазе лечения – преодолению страхов сопровождающих возвращение к нормальной жизни. Книга завершается эпилогом.

Благодарности

Мы бы хотели поблагодарить всех, кто прямо или косвенно содействовал развитию идей, представленных в книге, а также ее написанию. Мы с благодарностью признаем огромное влияние наших учителей-предшественников, прежде всего Пьера Жане и Чарльза С. Майерса, а также наших непосредственных наставников, более тридцати лет учивших нас тому, что оказалось бесценным для клинической практики с пациентами, пережившими хроническую травму, для понимания их состояния, а также в нашей исследовательской работе. Среди них Бэннет Браун, Кэтрин Файн, Эрика Фромм, Ричард П. Клафт, Ричард Лёвенштайн, Стивен Порджес, Фрэнк У. Патнем, Колин М. Росс, Роберта Захс, Дэвид Шпигель, и Бессел А. Ван дер Колк. Мы чрезвычайно признательны Мартин Дорай, Пэт Огден, и Ивонн Тойбер за участие в обсуждении многих положений, представленных в книге, а также за их помощь в работе над разными главами. Пэт Огден заслуживает особой благодарности за ее неутомимую идейную и эмоциональную поддержку на протяжении работы над всем проектом.

Большое спасибо Изабелль Сайо, президенту Института Пьера Жане в Париже, за плодотворные обсуждения различных аспектов теории Жане. Мы также благодарны многим нашим коллегам, чья работа имела большое влияние на наше профессиональное мышление и практику и с кем состоялось столько плодотворных дискуссий. Среди них – Йон Эллен, Питер Барач, Рут Близард, Элизабет Боумэн, Стивен Броди, Крис Брюин, Джон Брийер, Данни Бром, Дэн Браун, Пол Браун, Ричард Чефец, Джэймс Чу, Мэрилин Клойтр, Филип Кунз, Кристин Куртуа, Луи Крок, Констанс Даленберг, Эрик де Суар, Пол Дэлл, Ханс ден Бур, Нэл Драйер, Джанина Фишер, Джулиан Форд, Элизабет Хоувелл, Джорж Фрейзер, Урсула Гаст, Марко ван Хервен, Джин Гудвин, Арне Хоффман, Олаф Холлом, Михаэла Хьюбер, Рольф Клебер, Сара Кракауэр, Рут Ланьюс, Ансси Лейкола, Хельга Матэс, Франциско Оренго-Гарсия, Лори Перлмэн, Джон Рэфтери, Луиз Рэддеманн, Колин Росс, Барбара Рофбаум, Пэйви Сааринен, Ведат Сар, Аллан Шор, Даниэль Зигель, Эйли Сомер, Анн Суокас-Канлифф, Мартен Ван Сон, Йохан Вандерлинден, Эрик Верметтен, Эйлиейзер Уицтум, и многие другие, кого нечаянно мы могли не упомянуть.

Мы особенно признательны нашим ближайшим коллегам, с неизменной благосклонностью поддерживающих нас изо дня в день в нашей практике. Они работают с нами, делятся своим опытом и мудростью, поддерживают эмоционально в трудные моменты. Это Сюзетт Боун (вместе с которой один из нас – Онно Ван дер Харт – начинал свою новаторскую работу в Голландии), Бэрри Каземир, Сандра Хэйл, Стив Хэррис, Майлс Хасслер, Вера Ми-роп, Лиза Энгерт Моррис, Йанни Мёлдер, Кэти Тоудсон, Хэрри Вос и Марти Уэйклэнд.

Мы благодарим наших издателей Дебору Мэлмуд, Майкл Макганди и Кристен Хольт-Браунинг в *Norton*’е и редактора серии Даниэля Зигеля, под чьим чутким руководством осуществлялся этот проект, а также Кэйси Рабл за ее помощь в подготовке книги.

И еще мы очень благодарны нашим пациентам, у которых учились больше всего. Мы благодарны им за возможность быть рядом на всем протяжении тяжелого пути терапии, а также за те бесценные, удивительные уроки, которые они нам преподавали.

Предисловие авторов к русскому изданию

Выход в свет русского издания «Призраки прошлого» стал для нас особым событием, учитывая растущий интерес к пониманию и лечению психической травмы в России. Последнее столетие Россия пережила много потрясений, в том числе тяжелейшие последствия длительных войн и репрессий. Как и специалисты других стран, российские клиницисты все острее осознают значение работы с травмой в психологической и психиатрической практике. Не только война, репрессии, теракты, стихийные бедствия и опасные для жизни происшествия могут привести к травматическим расстройствам, таким как ПТСР или сложное ПТСР, но и сексуальное насилие, тяжелые личные утраты, домашнее насилие, пытки, жестокое обращение с ребенком. Постепенно приходит понимание тесной связи насилия и пренебрежения в детском возрасте, тяжелых нарушений привязанности с развитием хронических травматических расстройств, отличающихся сложной клинической картиной, таких как сложное ПТСР и диссоциативные расстройства.

Наконец, клинический опыт работы с пациентами, пережившими психическую травму, подтверждает особую роль диссоциации личности при хронической травматизации, что, собственно, и является главной темой этой книги. Концепция структурной диссоциации позволяет достичь более глубокого понимания теории, диагностики и лечения последствий хронической травматизации.

Данное издание представляет собой исправленную и доработанную версию исходного английского варианта книги. Мы искренне надеемся, что наша работа будет способствовать изучению и успешному лечению пациентов с хронической травматизацией в России. Кроме того, мы надеемся на дальнейшую интеграцию теории структурной диссоциации с другими теориями травмы и психологическими концепциями.

Оригинальное английское издание, как и переводы на другие языки, получило одобрение и вызвало интерес не только у специалистов, нашедших книгу важной и полезной, но и у самих людей, переживших травму. Некоторые из них писали нам, что чтение книги помогло им не только разобраться со своими переживаниями и найти выход из жизненных тупиков, но, что важнее, открыло для них путь изменения и исцеления от связанных с травмой страданий и нарушений. Были и такие пациенты, которые приносили эту книгу своим терапевтам и убеждали их ознакомиться с ее содержанием и использовать ее в терапевтической работе с ними. Похоже, что подобные отклики на нашу книгу могут означать, что, несмотря на всю сложность теории, которая изложена в ней непростым языком, люди, пережившие травму, зачастую легче некоторых клиницистов схватывают суть изложенного метода, чувствуя, что он адресуется самым глубоким уровням их жизненного опыта, отражает пережитое ими. Мы надеемся, что и в России, особенно для тех читателей, которые переживают последствия психической травмы, чтение этой книги послужит началом важных изменений к лучшему в их жизни, а также в понимании себя и других.

Мы признательны Наталии Федунинной, специалисту по теории Пьера Жане, за ее работу над русским изданием – внимательное прочтение, перевод, комментарии, которые привели к многим улучшениям и изменениям в тексте книги. Мы также благодарны Всеволоду Агаркову, специалисту в области диссоциации и терапии травмы, за помощь в переводе и работу по редактированию текста. Наконец, мы бы хотели поблагодарить издательство «Когито-Центр» за интерес к нашей книге и ее публикацию.

Введение

Не сознавая того, я делала все, чтобы удержать от соприкосновения два мира, существующие внутри меня. Я избегала любых возможных связей между созданными мной мирами дневного ребенка и ночного ребенка, изо всех сил стараясь не допустить, чтобы что-нибудь передалось от одного к другому.

Мэрилин Ван Дербур (Van Derbur, 2004, p. 26)

Люди, пережившие хроническую травму, оказываются в чрезвычайно затруднительном положении. С одной стороны, им недостает интегративных способностей и психических навыков для полноты осознания своих тягостных переживаний и воспоминаний. С другой стороны, порой они вынуждены жить вместе с теми людьми, которые когда-то совершали по отношению к ним насилие или отвергали их. Избегание неразрешимых и болезненных аспектов прошлого и настоящего и, насколько это возможно, поддержание фасада нормальности, пожалуй, являются наиболее естественными способами решения этой дилеммы. Однако эта кажущаяся нормальность, жизнь на поверхности сознания (Appelfeld, 1994) очень хрупка. Во внешней реальности всегда находится нечто, что напоминает о пережитом, вызывая пугающие воспоминания, которые преследуют человека, перед которыми индивид часто оказывается бессилён, особенно в тех случаях, когда его эмоциональные и физические ресурсы истощены. К сожалению, очень часто жертвы хронической травмы находятся на грани истощения, что делает их уязвимыми по отношению к вторгающимся травматическим воспоминаниям. Они не в состоянии принять и переработать болезненные аспекты своего опыта, поэтому попадают в кошмарную ловушку воспоминаний о пережитом ужасе, безнадежности и страха. Эти люди часто оказываются во власти своих переживаний травматического прошлого, постоянно оживающих во внутренних реакциях и отношениях с другими людьми, так как навыки регуляции своего внутреннего состояния у них отсутствуют или недостаточно развиты. Так произошло потому, что взрослые, которые заботились о них в детстве, не смогли помочь им в формировании этих навыков. Это существенно ограничивает уровень психического функционирования (интегративную способность) жертв хронической травматизации. Они не в состоянии достичь необходимого соответствия между уровнем психической энергии и психической эффективности (способности использовать эту энергию в адаптивных психических и поведенческих действиях) и не могут вырваться из замкнутого круга неэффективных реакций, которые не способствуют ни достижению зрелости, ни полноценной жизни в сложном и непредсказуемом мире.

СВЯЗАННАЯ С ТРАВМОЙ ДИССОЦИАЦИЯ

Мы полагаем, что понятие *диссоциации* играет ключевую роль в понимании механизмов психической травмы и ее последствий; в этом состоит главная теоретическая посылка всей этой книги. Однако следует признаться, что путь к этой идее оказался не легким, главным образом в силу того, что многие понятия в области травмы, диссоциация в первую очередь, требуют прояснения. Можно констатировать, что все еще не достигнут консенсус между специалистами в области психической травмы в отношении трактовки термина *диссоциация*. Существует масса различных точек зрения по поводу причин, вызывающих диссоциацию, ее базисных характеристик и роли в психопатологии травмы. Часто в рамках одного текста термин *диссоциация* может обозначать процесс, психическую структуру, психологическую защиту, дефицитарность и широкий спектр симптомов. Критерии, по которым те или иные симптомы рассматривают как диссоциативные, различаются от публикации к публикации, а также зависят от использу-

емых диагностических методик. Например, сейчас такие явления, как абсорбция и погруженность в грезы, фантазии, считают диссоциативным, хотя раньше они не входили в эту группу. Таким образом, понятие *диссоциация* утратило ясность и в некотором смысле репутацию строгого научного термина. Некоторые авторы даже предлагали и вовсе отказаться от него. В нашей книге мы подробно рассмотрим все эти вопросы.

Структурная диссоциация личности

Первоначально термин «диссоциация» применяли в отношении тех явлений психической жизни, которые понимались как разделение личности или сознания (Janet, 1887/2005, 1907; McDougall, 1926; Moreau de Tours, 1845; ср.: Van der Hart & Dorahy, 2009). Пьер Жане писал, что диссоциация подразумевает разделение между «системами идей и функций, составляющими личность» (Janet, 1907, p. 332). Для Жане, как и для многих более поздних авторов, личность представляет собой *структуру*, состоящую из различных *систем*. Система – это объединение взаимосвязанных элементов, составляющих единое целое, так что каждый элемент системы в определенном смысле является частью этого целого, то есть каждый элемент рассматривается в связи с системой как таковой и с другими ее элементами. Представление о личности как системе таково: личность – совокупность психобиологических подсистем, функционирующих связно и согласованно. Например, согласно определению Олпорта (1961), личность представляет собой «динамическую организацию психофизических систем человека, которые детерминируют его поведение и мышление» (p. 28). Сходным образом системные теории (например: Benyakar, Kutz, Dasberg & Stern, 1989) понимают личность как организованную, структурированную систему, состоящую из разных психобиологических подсистем, в норме взаимосвязанных и функционирующих как единое целое. Структура определяется здесь как «объединение составных элементов, организация в единое целое... позиционно и функционально взаимозависимых частей» (Drever, 1952, p. 285). С точки зрения эволюционной психологии, человек обладает разными психобиологическими (под)системами, сформировавшимися в ходе естественного отбора, выполняющими различные функции и позволяющими ему наилучшим образом приспособиться к конкретным условиям жизни (Buss, 2004, 2005; Metzinger, 2003; Panksepp, 1998).

Как отмечали французские психиатры XIX века, диссоциация связана с особой организацией психофизических систем, составляющих личность. С нашей точки зрения, такая организация не является ни случайной, ни произвольной. Напротив, в случае травматизации она определяется метафорически «линиями разлома», которые заложены в структуре личности всей предысторией эволюционного развития. Исходя из такого понимания личности, мы предложили термин *структурной диссоциации личности* (Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002, 2004; Steele, Van der Hart & Nijenhuis, 2005; Van der Hart, Nijenhuis, Steele & Brown, 2004). Диссоциативные разделения происходят не просто между ментальными действиями, такими, например, как ощущения или аффекты; «разлом» диссоциации проходит между двумя основными «уровнями» личности, каждый из которых содержит особые психобиологические системы (Carver, Sutton & Scheier, 2000; Gilbert, 2001; Lang, Bradley & Cuthbert, 1998). К первым относятся системы, активность которых направлена на приближение к привлекательным и необходимым для повседневной жизни стимулам, таким как пища, сотрудничество и общение с другими людьми. Системы второго «уровня» связаны с тенденцией удаления от отталкивающих стимулов, например, разного рода опасностей. При помощи этих систем мы можем различать полезное и вредное и формировать такое поведение, которое позволяет нам лучше адаптироваться в обстоятельствах, предлагаемых нашей жизнью. Мы называем эти психобиологические системы *системами действий*, поскольку каждой системе могут быть постав-

лены в соответствие врожденные предпосылки к тому или иному целенаправленному действию (Arnold, 1960; Frijda, 1986).

Системы действий составляют как общие тенденции (например, речь или ходьба), так и специфические действия и связанные с ними цели (например, привязанность к матери, еда, питье, борьба, бегство, игра с другом, любовь). Понятие тенденции играет важную роль в этой книге и его следует отличать от понятия действия. Мы склонны думать о действиях как о чем-то, что находится в процессе осуществления. *Тенденция – это не просто предрасположенность действовать тем или иным образом, это понятие охватывает полный цикл действия – латентную фазу, фазу подготовки, начала, исполнения и завершения* (Janet, 1934). Тенденции предполагают адаптацию к условиям окружающей среды. Хотя многие тенденции к действию являются итогом эволюционного развития и передаются на генетическом уровне, все же для развития большинства из них требуются период созревания и благоприятные внешние условия. Каждая личностная система включает более или менее широкий спектр психических и поведенческих действий. Системы действий помогают нам воспринимать, чувствовать, думать, решать, действовать определенным образом, то есть использовать те тенденции, которые предназначены для достижения конкретного благоприятного для нас результата. Так, когда мы голодны, мы действуем, думаем, чувствуем, воспринимаем иначе, чем, скажем, когда мы беспокоимся о друге или когда что-то не ладится на работе.

Системы действий первой категории направлены на решение задач адаптации в повседневной жизни; ко второй категории относятся системы защиты от опасности и системы восстановления. Хотя ход эволюции подготовил нас и к решению задач повседневной жизни и к борьбе за выживание, мы не можем использовать предназначенные для этого системы одновременно и с одинаковой легкостью. Поэтому, когда требуется активность сразу двух систем, особенно в течение долгого времени, у некоторых людей формируется и закрепляется устойчивое разделение личности, для достижения этих особых целей и связанных с ними форм поведения. Например, Мэрилин Ван Дебур (Van Derbur, 2004), бывшая Мисс Америки, перенесшая сексуальное насилие в детстве, описывала разделение своей личности на «дневного ребенка» (избегающего, отстраненного, амнестичного, с приглушенными эмоциональными реакциями, поглощенного повседневной жизнью) и «ночного ребенка» (претерпевшего насилие и сосредоточенного на защите).

Недостаток связности и интеграции личности проявляется ярче всего в чередовании двух общих тенденций, одновременно представленных в психике: «возвращения» в травматическое событие, повторного переживания этого опыта в настоящий момент («ночной ребенок»), с одной стороны, и избегания всего, что напоминает о травматическом опыте, ограничения повседневными заботами («дневной ребенок») – с другой. Этот двухфазовый паттерн характерен для ПТСР (АРА, 1994), а также для других связанных с травмой расстройств. Он предполагает разделение систем защиты, направленных на избегание опасности, и систем повседневного функционирования, ориентированных, прежде всего, на поиск привлекательных стимулов, помогающих поддерживать жизнедеятельность и чувство благополучия. Это разделение лежит в основе структурной диссоциации личности. *Связанную с травмой структурную диссоциацию таким образом, можно определить как недостаток связности и гибкости личностной структуры* (Resch, 2004). Эта дефицитарность означает не полное расщепление личности на разные «системы идей и функций», а скорее, недостаток координации и взаимодействия между этими системами личности у человека, пережившего травму.

Описание такого расщепления в терминах диссоциативных *частей личности* подчеркивает тот факт, что взятые вместе эти части составляют единое целое, однако каждая из этих частей обладает, по крайней мере, рудиментарным чувством я и в целом они являются более сложными по сравнению с отдельным психобиологическим состоянием. Эти диссоциативные части опосредованы системами действий. Кроме того, люди, страдающие от последствий пси-

хической травмы, как правило, находят уместным использование таких выражений, как «части личности» или «части я», для описания своего субъективного переживания.

«Внешне нормальная» и «аффективная» части личности

Рассмотрение прототипов диссоциативных частей личности мы начнем с работ британского психолога и психиатра времен Первой мировой войны Чарльза Самуэла Майерса (1916a, b, 1940). Он описал базисную форму структурной диссоциации при острой травматизации («снарядном шоке») у солдат, принимавших участие в военных действиях в Первую мировую войну (см.: Van der Hart, Van Dijke, Van Son & Steele, 2000). Эта диссоциация заключается в сосуществовании и чередовании так называемой внешне нормальной (части) личности (ВНЛ) и так называемой аффективной (части) личности (АЛ). Далее мы будем обозначать эти исходные части личности как ВНЛ и АЛ. Для ВНЛ характерно стремление участвовать в обыденной жизни, заниматься повседневными делами, то есть главную роль в функционировании ВНЛ играют системы повседневной жизни (исследования, заботы, привязанности и пр.), при этом ВНЛ избегает травматических воспоминаний. Функционирование АЛ оказывается довольно жестко детерминировано теми системами действий (защиты, сексуальности и пр.) или подсистемами (сверххлительности, бегства, борьбы), которые были активированы во время травматизации.

ВНЛ и АЛ чрезмерно ригидны и в той или иной степени изолированы друг от друга. Предпосылкой такого положения вещей выступают два фактора. Во-первых, в сферу ВНЛ и АЛ входят разные системы действий с разной «историей» в филогенезе. Кроме того, в расхождении ВНЛ и АЛ находятся тенденции, принадлежащие разным уровням иерархии, то есть, для ВНЛ и АЛ свойственны разные и довольно жесткие паттерны тенденций к действию, по крайней мере, некоторые из них являются дезадаптивными.

Майерс указывал, что для характеристики АЛ недостаточно просто указать на доминирование эмоций, аффекта у этой части личностной системы. Скорее, он подчеркивал *неистовый, разрушительный характер* травматических эмоций у АЛ по сравнению с ВНЛ. *Неистовая эмоция² отличается от просто интенсивной эмоции тем, что мешает адаптации, превышает возможности аффективной регуляции индивида и ее выражение не приносит пользы.* Напротив, чем больше полнота выражения неистовой эмоции, тем глубже нарушения функционирования и слабее контроль состояния травмированного индивида. Например, такое положение дел характерно для пограничных пациентов: чем больше они выражают гнев, тем больше выходят из себя, утрачивая способность управлять своим поведением.

Водораздел структурной диссоциации может также проходить и через определенные чувства и убеждения, на первый взгляд, не соотносящиеся напрямую с той или иной системой действий или группой систем действий. Например, переживание печали, вины, отчаяния или стыда может быть приемлемым, хотя и неприятным, для одной части личности и совершенно недопустимым и/или невыносимым – для другой. Как правило, эти чувства связаны с теми системами действий, которые участвуют в регуляции поведения в отношении привязанности и социальных ролей. Как отмечал Гилберт (Gilbert, 2002), человек может стыдиться своих действий, если он боится, что другие отвергнут или станут презирать его за его поступки. Если же какие-то действия индивида нанесли кому-то вред (например, при разводе один из родителей перестает заботиться о ребенке, причиняя тем самым ему страдания), тогда может возникнуть чувство вины. Поэтому, стремясь сохранить отношения привязанности и социальный статус,

² Словосочетание «неистовая эмоция» (vehement emotion) используется авторами книги для обозначения феномена, называемого Жане «шоковой эмоцией». Это выражение мы также переводим как «разрушительные», «деструктивные эмоции». – Прим. пер.

индивид может избегать этих действий. Так нарушается необходимая взаимосвязь и согласованность между системами действий, ориентированными на достижение целей повседневной жизни, с одной стороны, и системами, направленными на защиту от основных угроз – с другой.

Диапазон форм структурной диссоциации простирается от очень простых до чрезвычайно сложных разделений внутри личности. Степень сложности диссоциации личности пациента имеет значение для терапии. Представление об уровнях сложности помогает построить пространственную метафору диссоциации, описать базисные формы диссоциативной организации личности. Конечно, мы вправе ожидать, что описание организации личности будет все более и более отличаться от первообраза по мере усложнения структурной диссоциации. Кроме того, не следует забывать и о бесконечном разнообразии индивидуальных различий в проявлениях диссоциации.

Первичная структурная диссоциация личности. Базисное и самое простое разделение личности, вызванное травмой, происходит между *единственной* ВНЛ и *единственной* АЛ. Мы называем его *первичной структурной диссоциацией*, где ВНЛ является «владельцем основного пакета акций» личности (*major shareholder* – так описывала ее Сильвия Фрейзер, пережившая инцест, – Fraser, 1987), а АЛ весьма ограничена в своих возможностях, функциях и самосознании. Это означает, что АЛ индивида, пережившего травму, остается схематичной, фрагментированной и не вполне автономной в повседневной жизни. Более сложные формы структурной диссоциации с участием большего числа диссоциативных частей представляют собой вариации первичной структурной диссоциации личности.

Вторичная структурная диссоциация личности. В случае чрезвычайно сильного или длительного воздействия травматического события могут происходить дальнейшие разделения внутри АЛ при сохранении единственной ВНЛ. Основой *вторичной структурной диссоциации личности*, возможно, является срыв интеграции разных видов защиты, которым соответствуют разные психобиологические комбинации групп аффектов, познавательных процессов и двигательных функций. Речь идет о таких состояниях, как оцепенение, бегство, борьба и полное подчинение.

Марте были поставлены диагнозы сложного ПТСР и пограничного личностного расстройства. Ее анамнез содержал историю тяжелого физического насилия и крайнего пренебрежения в детстве. Одна из ее АЛ мгновенно приходила в бешенство при малейших признаках того, что она принимала за пренебрежительное отношение к себе, тогда как другая АЛ при ее активации цепенела от ужаса; третья АЛ была постоянно настороже на случай опасности; четвертая АЛ все время находилась в поисках кого-то, кто смог бы позаботиться о ней; при этом пятая часть (уже ВНЛ) вполне успешно функционировала на работе, однако лишь до тех пор, пока в отношениях с сотрудниками не происходило чего-то, что приобретало для Марты значение угрозы.

Третичная диссоциация личности. Дальнейшее развитие диссоциативного процесса может привести не только к еще большему разделению АЛ, но и к образованию частей внутри ВНЛ. Диссоциативный процесс достигает уровня *третичной структурной диссоциации личности* в том случае, когда между опытом психотравмирующего переживания и какими-то аспектами повседневной жизни, которые всегда присутствуют в жизни любого человека, устанавливается ассоциативная связь. В силу процесса генерализации стимулы обыденного окружения могут активировать травматические воспоминания. С другой стороны, появление новой ВНЛ может произойти в том случае, если уровень функционирования прежней единственной ВНЛ является настолько низким, что она не справляется даже с обыденными повседневными ситуациями. Иногда, в особенно тяжелых случаях вторичной диссоциации личности, и всегда при

третичной диссоциации в системе личности присутствует несколько частей, обладающих особыми характерными чертами (например, у них может быть свое собственное имя, возраст, половая идентичность, предпочтения) и *самостоятельностью* (*émancipation* – так Жане обозначал воспринимаемое внешним наблюдателем и/или самим индивидом внутреннее разделение и взаимную автономию отделившихся частей – Janet, 1907). Этого обычно не происходит при первичной и в большинстве случаев вторичной диссоциации личности.

Уровни структурной диссоциации и психиатрические расстройства (по DSM-IV). Пониманию идеи структурной диссоциации помогает сопоставление разных уровней диссоциации с диагностическими категориями DSM-IV. Мы исходим из того, что все связанные с травмой расстройства могут быть соотнесены с тем или иным уровнем структурной диссоциации, при этом острому стрессовому расстройству и простому ПТСР соответствует начальный уровень диссоциации, а расстройству диссоциированной идентичности (РДИ) – наиболее сложный уровень. При хронической травме обычно наблюдается несколько коморбидных психических расстройств, связанных с травматическим опытом и его влиянием на протекание нейробиологических процессов. Чем глубже диссоциация, тем сложнее расстройства. У многих пациентов структурная диссоциация не сопряжена с усложнением и самостоятельностью диссоциативных частей, как это наблюдается при РДИ. В таблице 1 приведено сопоставление между уровнями структурной диссоциации и расстройствами, вызванными психической травматизацией.

Таблица 1.1. Диагнозы и структурная диссоциация

Первичная структурная диссоциация
<i>Одна доминирующая ВЛ и одна АЛ (часто неусложненная и несамостоятельная)</i>
Простые формы острого стрессового расстройства
Простые формы ПТСР
Простые формы диссоциативного расстройства (DSM-IV)
Простые формы диссоциативных расстройств моторики и чувственного восприятия (МКБ-10)
Вторичная структурная диссоциация
<i>Одна доминирующая ВЛ и несколько АЛ (более сложные и независимые, чем при первичной структурной диссоциации, но в гораздо меньшей степени, чем при третичной структурной диссоциации)</i>
Сложное ПТСР
Реакция на тяжелый стресс неуточненная
Диссоциативное расстройство неуточненное
Связанное с травмой пограничное личностное расстройство
Сложные диссоциативные расстройства моторики и чувственного восприятия (МКБ-10)
Третичная структурная диссоциация
<i>Несколько ВЛ и несколько АЛ; часто более сложные и независимые (включая разные имена и физические особенности), чем при вторичной структурной диссоциации личности</i>
Расстройство диссоциированной идентичности (РДИ)

Возрастные факторы развития структурной диссоциации личности

Считается, что при первичной структурной диссоциации личности до травматизации личность индивида представляет собой относительно интегрированную психическую систему. Иная ситуация складывается в случае детской психической травмы. Единство личности – не исходная данность, но достижение, итог развития индивида в онтогенезе. Наиболее сложные уровни структурной диссоциации у взрослых, переживших хроническую травматизацию в детском возрасте, развиваются вследствие недостатка единства и связанности, характерной для здорового взрослого человека. Детям недостает необходимых навыков совладания со сложными аффектами и переживаниями, им требуется в этом значительная помощь и поддержка. В большинстве случаев хронической травмы человеку никогда не прививали эти навыки и не оказывали эмоциональной поддержки в сложных ситуациях (см.: Gold, 2000).

Структурная диссоциация связана с нарушением естественного хода интеграции психобиологических систем личности, которые Патнем обозначил как дискретные поведенческие состояния (Putnam, 1997). Она определяется хроническим дефицитом интеграции, который возникает в результате сочетания незрелости соответствующих мозговых структур и функций ребенка (обзор см. в: Glaser, 2000; Van der Kolk, 2003), недостаточной заботой со стороны значимых взрослых, которые не могли удовлетворить потребности ребенка в регуляции психофизиологического состояния, ребенок не получал утешения, поддержки, помощи в совладании с трудными ситуациями и переживаниями (Siegel, 1999).

СТРУКТУРНАЯ ДИССОЦИАЦИЯ И ИНТЕГРАТИВНЫЕ ДЕЙСТВИЯ

Все перемены в нашей жизни – в лучшую или худшую сторону – происходят благодаря действиям. Понятие действия охватывает не только акты поведения, но также и внутрипсихические явления. Наше поведение, за исключением самых примитивных рефлексов, регулируется множеством ментальных действий, таких как планирование, прогноз, принятие решений, мышление, чувства, фантазии, желания. Поведенческие действия определены синтезом ментальных и моторных действий, которые могут отличаться по степени эффективности. В терапии пациентов, страдающих от последствий психической травмы, мы решаем задачу повышения эффективности их действий.

Иерархия тенденций к действию

Жане (Janet, 1926a, 1938) выделил три группы тенденций к действию: низшие, промежуточные и высшие. Представление о такой иерархии является полезным в клинической практике, так как помогает и пациенту и терапевту определить, какие действия пациента требуют улучшения, а какие уже достигли высших уровней.

Тенденции к действию низшего порядка являются автоматическими и относительно простыми, к ним относятся *рефлекторные действия*, для которых свойственны реактивность и скорее автоматизм, чем тщательное планирование исполнения. Рефлекторные действия необходимы в ситуациях, которые требуют автоматического поведения (таких как навыки одевания). Однако они не могут заменить действий высшего порядка (например, рассуждения и принятия решения о поступке в ситуации, когда чувства оказались задеты). В современной жизни человек часто сталкивается с трудными ситуациями, требующими сложного и гибкого реагирования, поэтому тенденции к действию высшего порядка являются, как правило, наиболее полезными для адаптации в данных ситуациях.

Эллисон, пациентка с травматическим опытом продолжительного и тяжелого насилия в детстве, всякий раз, когда она испытывала сильную эмоцию, начинала биться головой или кулаками о стену. Она делала это для того, чтобы избавиться от эмоционального переживания, не думать о своих чувствах. Тенденции высокого уровня – творческие, часто очень сложные – включают многие ментальные действия. В ходе терапии Эллисон постепенно научилась не поддаваться желанию биться о стенку, если таковое вдруг охватывало ее. Вместо этого она иногда колотила подушку и постепенно смогла позволить себе переживать эту эмоцию как свою собственную. Со временем она научилась говорить о своих чувствах и справляться с ними, то есть осуществлять более сложные, творческие и эффективные, с точки зрения адаптации, действия, чем нанесение ударов по стенке.

Тенденции любого уровня сложности проходят через определенные стадии активации: латентное состояние, планирование, начало, исполнение и завершение. Для людей, переживших психическую травму, начало или завершение какого-либо действия (психического или акта поведения) часто сопряжено с трудностями. Например, они могут планировать, но не способны начать действие; или же начинают, но не могут завершить; или же их действия не годятся для решения поставленной задачи. Эти трудности свидетельствуют о том, что у человека либо недостает психической энергии, либо он не в состоянии собрать свою энергию и использовать ее для эффективного выполнения тех или иных психических и поведенческих действий.

Психический уровень

Наивысший доступный индивиду на данный момент уровень его или ее тенденций к действию определяет его психический уровень (Janet, 1903, 1928b). Психический уровень зависит от действия двух факторов, находящихся в динамической связи друг с другом, – психической (и физической) энергии и психической эффективности³. Итак, *психический уровень* отражает способность эффективно концентрировать и использовать имеющуюся на данный момент психическую энергию. Психическая эффективность включает понятие интегративной способности. Таким образом, интеграция субъективного опыта невозможна без достижения высокого психического уровня. Многие люди, пережившие психическую травму, испытывают трудности в достижении и поддержании достаточно высокого психического уровня, несмотря на объем имеющейся у них психической энергии. Травматизация связана с регрессией (и часто с последующей фиксацией) на более низкие уровни тенденций к действию, и как следствие с откатом на более низкий психический уровень, по крайней мере, некоторых частей личности.

Можно выделить три основные проблемы, связанные с психической энергией и психической эффективностью: 1) низкий уровень психической энергии; 2) недостаточная психическая эффективность; 3) несоответствие психической энергии и эффективности. Адаптивные действия, как правило, связаны с большими тратами физической и/или психической энергии. Многие наши пациенты оказываются неспособны к этому, так как они находятся в состоянии истощения, в их распоряжении слишком мало психической энергии. Они либо перегружены делами и сильно устают, либо слишком подавлены, чтобы что-то предпринимать. Соматическая болезнь – частый спутник хронической травмы – еще больше понижает уровень психической энергии. В этих случаях индивид не располагает необходимым ее запасом, хотя уро-

³ Жане называл эту характеристику психическим напряжением. Современный читатель может быть легко введен в заблуждение этим термином из-за ставшей привычной ассоциации между понятиями «напряжение» и «стресс», что, однако, не имеет никакого отношения к трактовке Жане. Мы решили заменить его понятием *психическая эффективность*.

вень психической эффективности может быть достаточным для осуществления тех или иных действий.

Вторая проблема связана с недостатком психической эффективности при достаточном уровне психической энергии, которой индивид располагает для решения той или иной задачи или исполнения какого-либо действия. При структурной диссоциации психический уровень разных диссоциативных частей может различаться.

Третья проблема, относящаяся к адаптивным действиям, обычно коренится не только в недостатке эмоциональных или коммуникативных навыков, но и в глубинном нарушении, порой ускользающем от внимания терапевта и остающейся вне фокуса терапевтической работы. Эта проблема заключается в том, что в данных конкретных обстоятельствах индивид неэффективно расходует имеющуюся в его распоряжении психическую энергию на решение задач адаптации. Ниже мы обсуждаем разные возможности сочетания психической энергии и эффективности (см. главу 9).

Терапевты часто интуитивно, не всегда отдавая себе в этом отчет, стараются помочь пациентам поднять уровень психической эффективности, что позволило бы пациенту повысить и уровень психической энергии. Далее в этой книге мы уделяем много внимания вопросам систематической оценки уровня функционирования пациента, оказания помощи в достижении более высокого уровня психической эффективности и энергии, а также их регуляции, что, в конечном счете, должно способствовать выполнению более адаптивных психических и поведенческих действий. С этой целью терапевт поощряет пациента в планировании, начинании, осуществлении и завершении различных психических и поведенческих действий все более высокого уровня.

Замещающие действия

Деадаптивные психические и поведенческие действия связаны с нарушениями привязанности, регуляции аффекта и импульсов и другими проблемами функционирования жертв травмы. Неадекватные ментальные действия вносят свой вклад также и в сохранение диссоциативных разделений внутри личности индивида. Мы называем *замещающими* такие действия, которые оказываются адаптивными в меньшей степени, чем это необходимо в данных конкретных обстоятельствах, которые предъявляют требования индивиду, превышающие его психический уровень. Например, для того, чтобы избежать переживания сильных, непереносимых чувств, пациент может нанести самому себе повреждения или вызвать у себя рвоту вместо того, чтобы, например, вести дневник наблюдений за своим состоянием, размышлять, найти способ самоуспокоения или найти какое-то иное действие, которое помогло бы ему переработать эти чувства, а не консервировать их или просто разряжать. Необходимость в замещающих действиях возникает не только в случае неспособности осуществлять более высокоуровневые адаптивные действия, но также и из-за недостаточного уровня интеграции.

Замещающие действия различаются по степени адаптивности: одни являются более сложными и соответствуют более высокому уровню адаптации, тогда как другие – более низкому. Некоторые из замещающих действий ограничены сферой поведения, например, ажитация, компульсивные действия, членовредительство, другие же относятся к сфере психического. Порой индивид попадает во власть сильного аффекта, сильных эмоций, дезорганизуя поведение, о которых мы уже упоминали и которые сами по себе являются замещающими действиями, позволяющими по-своему справиться с ситуацией. Индивиды, склонные к переживанию таких эмоций, часто оказываются склонны к использованию дезадаптивных стратегий совладания, в основе которых лежат отрицание, игнорирование, проекция, расщепление.

Интегративные действия

Интеграция – один из основных терминов в области психотравматологии, относящийся к необходимости включения опыта психотравмирующего переживания в когнитивные схемы индивида, а также преодоления множественности личности и ее унификация для того, чтобы стали возможны изменения к лучшему в жизни индивида. Вместе с тем интеграция также является неотъемлемым аспектом адаптивного функционирования в целом. Интегративные действия требуют самого высокого уровня психической энергии и эффективности.

Интеграция – адаптивный процесс, предполагающий постоянные ментальные действия, направленные как на различение переживаний, так и на построение между ними связей внутри систем личности, которые, в свою очередь, характеризуются гибкостью и стабильностью, что делает возможным наиболее успешное функционирование в настоящем (Jackson, 1931/1932; Janet, 1889; Meares, 1999; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2004). Способность быть открытыми и гибкими позволяет нам меняться в случае необходимости, тогда как сохранение своих границ способствует поддержанию стабильности и привычных форм реагирования, доказавших свой адаптивный потенциал. Психически здоровый человек обладает развитой способностью интеграции внутренних и внешних переживаний (Janet, 1889).

Какие именно ментальные действия составляют процесс интеграции, как они достигаются? Для терапии людей, страдающих от последствий психической травмы, полезно различать два основных типа интегративных ментальных действий – синтез и *реализацию*.

Синтез. Основным интегративным психическим действием является синтез, благодаря которому мы различаем переживания, относящиеся к сферам внутреннего и внешнего, а также к прошлому и настоящему, и устанавливаем между ними связи. Синтез включает различение между сенсорными восприятиями, движениями, мыслями, аффектами и чувством собственной идентичности (своего Я), и формирование связей между ними. Например, про какого-то человека мы можем сказать, насколько он похож на кого-то (связывание), а также в чем он отличен (различение) от других. Также и в отношении актуальной ситуации: мы знаем, в чем она похожа на какую-то ситуацию в прошлом и в чем отличается от нее. Мы также знаем, что агрессивное чувство и агрессивное действие, хотя и похожи в чем-то, но все же являются действиями, которые существенно отличаются друг от друга.

Синтез в значительной мере протекает автоматически и вне осознания. Наша способность к синтезу меняется в зависимости от психического уровня. Так, качество синтеза будет более высоким в состоянии активного бодрствования, чем в состоянии усталости. Синтез обеспечивает единство сознания и личной истории. Неполнота синтеза приводит к изменению состояния сознания и возникновению диссоциативных симптомов.

Реализация – родственное синтезу, но более высокоуровневое интегративное ментальное действие, предполагающее осознание реальности, принятие ее как она есть, а также рефлексивную, творческую адаптацию к ней. *Реализация* зависит от степени завершенности опыта (Janet, 1935a; Van der Hart, Steele, Boon & Brown, 1993). Она включает два психических действия, обогащающих наше представление о себе, о других людях и об окружающем мире (Janet, 1903, 1928a, 1935a). Благодаря первому аспекту *реализации* мы соотносим переживания с чувством личной идентичности: «Это случилось со мной, я обдумываю и переживаю это». Второй аспект *реализации* представляет собой действия, которые помещают переживание во временной континуум: мы присваиваем качество «настоящее» своему переживанию, соединяем наше прошлое, настоящее и будущее, обеспечивая, таким образом, наиболее адаптивное, осознанное действие в настоящем.

Реализация как ВНЛ, так и АЛ не достигает уровня, необходимого для полноты жизни в настоящем. Кроме того, этим частям личности не удастся завершить действие *реализации*

своего травматического опыта, то есть вполне осознать тот факт, что травматическое событие осталось в прошлом. Для ВНЛ и АЛ также характерна неспособность *реализации* и других форм опыта, что приводит к незавершенности многих переживаний. Так, ВНЛ в отношении травматического опыта не завершает его *реализацию*, поэтому ВНЛ часто отрицает травму или сохраняет амнезию разной степени тяжести в отношении этих событий. Порой же ВНЛ признает факт травмы, утверждая, однако, при этом: «Все это, похоже, происходило *не со мной*». Что касается АЛ, то для этих частей личности травматическое переживание остается незавершенным. АЛ остается погруженной в переживания *прошлого*, поэтому ее способности к жизни в настоящем крайне ограничены. ВНЛ и АЛ не могут выйти за рамки систем действия, которые входят в их сферу компетенции, и ограниченного набора навыков совладания. Поэтому диссоциированные части личности избирательно реагируют на строго определенные стимулы, в частности, на те, которые релевантны их потребностям в поддержке, заботе и в защите. Это еще более снижает способность *реализации* и интеграции травматических воспоминаний и полноценной жизни в настоящем.

ПОДДЕРЖАНИЕ СТРУКТУРНОЙ ДИССОЦИАЦИИ ЛИЧНОСТИ

У пациентов, страдающих травматическими расстройствами, структурная диссоциация становится хронической. Существует ряд взаимосвязанных факторов поддерживающих диссоциацию (они будут подробно рассмотрены в главе 10).

Чем ниже психический уровень, тем больше человеку приходится полагаться на замещающие действия, которые хотя и позволяют как-то справиться с дезорганизирующим аффектом и деструктивными мыслями, но препятствуют интеграции травматических воспоминаний и диссоциативных частей. Психический уровень людей, пострадавших от психической травмы, остается низким, что усугубляется недостаточным владением необходимыми коммуникативными и эмоциональными навыками. Причиной последнего, как правило, является то, что в детстве в окружении пациента не было взрослых людей, которые могли бы дать ему подходящий образец для подражания и обучали бы его этим навыкам. Многие пациенты выросли в среде, где эти навыки никогда не использовались. Социальная поддержка или отношения с другими людьми могут компенсировать низкий или средний психический уровень и таким образом способствовать интеграции травматических переживаний. Однако зачастую такая поддержка у пациентов невелика или вовсе отсутствует. Они оказываются в одиночестве перед лицом очень трудной задачи, которая часто оказывается для них непосильной. Интеграция также бывает затруднена по причине нейробиологических изменений, вызванных травмой (Krystal, Bannett, Bremner, Southwick, Charney, 1996; Krystal, Bremner, Southwick, Charney, 1998; Nijenhuis, Van der Hart & Steele, 2002; Perry, Pate, 1994; Vermetten, Bremner, 2002).

Здесь уместно упомянуть и последствия обусловливания при травматическом переживании, что также вносит существенный вклад в сохранение структурной диссоциации, то есть у человека, пережившего травму, могут сформироваться обусловленные реакции страха на внешние или внутренние стимулы в результате процессов научения, когда между относительно нейтральными (условными стимулами) и угрожающими (безусловными стимулами) аспектами травматической ситуации устанавливается ассоциативная связь. Впоследствии это может послужить причиной формирования устойчивых реакций избегания в отношении стимулов, которые, по сути, являясь более или менее нейтральными, в силу процессов научения, оказались связаны с травматическим опытом. Таким образом, структурная диссоциация поддерживается за счет того, что ВНЛ научается фобическому реагированию, которое в основе своей представляет избегание вторжения травматических воспоминаний и связанных с ними аффектов и мыслей, принадлежащих АЛ. Впоследствии это избегание закрепляется и стано-

вится хроническим. Работе по разрешению этих фобий, краткое описание которых приведено ниже, уделяется основное внимание в терапии пациентов, переживших травму.

Фобии, способствующие сохранению структурной диссоциации

Традиционно фобию относят к категории тревожных расстройств и определяют как чрезмерный страх, возникающий в ответ на определенный внешний стимул (например, пауков, высоту, микробы, социальные ситуации и пр.) и обладающий определенным психодинамическим значением. Однако фобический страх может также возникать и в ответ на внутренние явления, на ментальные действия, такие как определенные мысли, чувства, фантазии, ощущения и воспоминания (например: Janet, 1903; McCullough et al., 2003; Nijenhuis, 1994). Терапевты, работающие с жертвами хронической травмы, с готовностью подтвердят то, что их пациенты боятся не только внешних стимулов, напоминающих о травматическом опыте, но и соответствующих ментальных действий.

Согласно Жане (1904/1983b, 1935a), ключевую роль в поддержании структурной диссоциации, вызванной психической травмой, играет фобия, основанная на избегании синтеза и *реализации* как самого травматического опыта, так и последствий психотравмирующего переживания. Речь идет о фобии травматических воспоминаний. Стратегии поведенческого и ментального избегания, поддерживающие структурную диссоциацию, направлены на то, чтобы помешать *реализации*, осознанию самого себя, своей истории, ее смысла, так как это вызывает страх перед переживаниями, которые могут оказаться разрушительными для индивида. Со временем ключевая для проблемы последствий психической травмы фобия травматических воспоминаний порождает другие фобии. Жане (1903, 1909b, 1922) утверждал, что все фобии восходят к страху определенных действий. В терапии пациентов, перенесших психическую травму, соблюдается особая последовательность в проработке фобий, связанных с травмой. Это необходимо для того, чтобы пациент смог сформировать *способность осуществлять целесообразные и более адаптивные психические и поведенческие действия*, то есть достичь более высокого уровня психической эффективности. В ходе этой работы пациент обретает возможность справляться со все более сложными и тяжелыми переживаниями прошлого и настоящего, интегрировать их, а также улучшать качество повседневной жизни.

Процесс генерализации, когда ассоциативные связи устанавливаются между все большим и большим числом относительно нейтральных стимулов и элементами травматического опыта, создает все больше и больше поводов во внешнем окружении и внутреннем мире индивида для реакций страха и избегания. Например, когда одна из диссоциативных частей личности пациента (ВНЛ) страдает от вторгающихся травматических воспоминаний и ассоциативно связывает их с другими проявлениями АЛ, то у ВНЛ может развиваться фобия этой диссоциативной части. Между тем у АЛ также может появиться фобия ВНЛ, так как АЛ воспринимает ее как игнорирующую или причиняющую вред (то есть пренебрегающую или жестокую). По сути, у людей, страдающих от последствий психической травмы, любые ментальные действия – чувства, ощущения, мысли, сознательно или неосознанно ассоциируемые с травматическим опытом, могут приобрести значение внутренних стимулов, в ответ на которые возникают страх и маневры избегания ментальных действий. Поэтому можно сказать, что у большинства пострадавших в той или иной степени развивается фобия ментальных действий, производных от травматического опыта (в прежних публикациях мы использовали термин *фобия психического содержания*; см., например: Nijenhuis, Van der Hart, Steele, 2002; Van der Hart, Steele, 1999). Корни этой фобии восходят к первичной фобии травматических воспоминаний, а аффективный компонент, помимо страха, может также включать отвращение или вину в отношении тех ментальных действий, которые оказались в ассоциативной связи с травматическими воспоминаниями. Таким образом, поскольку пациенты боятся собственной внутренней жизни, они не

могут интегрировать свои внутренние переживания, а это, в свою очередь, способствует сохранению структурной диссоциации.

При хронической травме детства легко формируются *фобии привязанности и утраты привязанности*, так как психическая травма наносится другим человеком, значимым взрослым. По этой причине отношения привязанности, без которых ребенок не может выжить, воспринимаются как опасные. Фобия привязанности часто парадоксальным образом сопровождается не менее сильной фобией утраты привязанности. Фобия утраты привязанности проявляется в сильных чувствах и других ментальных действиях, которые побуждают человека во что бы то ни стало искать близости с другим. Обычно эти противоположные фобии принадлежат разным частям личности. Они затягивают друг друга в порочный круг, где субъективное восприятие изменений дистанции в отношениях активизирует известный «пограничный» паттерн «Я тебя ненавижу – не покидай меня», ранее описанный как дезориентированная/дезорганизованная привязанность (Д-привязанность, см.: Liotti, 1999a).

Другим следствием процесса генерализации является *фобия нормальной жизни*. Индивид, страдающий от последствий травмы, избегает многих аспектов обыденной жизни, так как повседневная жизнь всегда предполагает некоторый «нормальный» уровень риска и готовность к переменам. Подводя итог сказанному, мы отмечаем, что межличностная природа хронической травматизации создает условия для формирования самых разных фобий у травмированных индивидов: это и фобии привязанности, и ментальных действий, производных от травматического опыта, получивших статус условного стимула. Результатом многочисленных фобий является избегание более зрелых форм отношений привязанности, например близости.

ФАЗОВО-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ТЕРАПИЯ

ПОСЛЕДСТВИЙ ХРОНИЧЕСКОЙ ТРАВМАТИЗАЦИИ

Теория структурной диссоциации имеет большое значение для диагностики последствий психической травмы и терапии пациентов с хронической травматизацией (см., например: Steele et al., 2001, 2005). Эта теория объясняет разделение, которое происходит внутри личности в результате психотравмирующего переживания, описывает внешние проявления этого разделения. С помощью этой теории также сформулированы основные принципы терапии пациентов, страдающих от последствий психической травмы. Терапевтам необходимо помнить, что при работе с травмированными пациентами им следует, помимо знания психодинамических, поведенческих и межличностных аспектов терапии, еще и владеть навыками оценки уровней психической энергии и психической эффективности пациента, а также уметь работать над их повышением. Терапевт должен понимать, к каким поведенческим и ментальным действиям прибегает его пациент при решении задач адаптации. Решение терапевтом задачи повышения уровня тенденций к действию, принадлежащим разным личностным системам пациента, будет более эффективным, если терапевт в своей работе будет готов выйти за рамки какого-то одной психотерапевтической модели.

Фазово-ориентированный подход лежит в основе современных методов терапии сложного ПТСР, диссоциативных и других травматических расстройств, что на сегодняшний день стало общепринятым. Согласно данному подходу, лечение расстройств, связанных с психической травмой, должно проходить через следующие этапы, или фазы: 1) стабилизация и снижение выраженности симптомов; 2) работа с травматическими воспоминаниями и 3) интеграция и реабилитация личности. Хотя мы говорим о фазах терапии, располагая их в линейной последовательности, следует помнить, что в реальной работе с пациентами эта последовательность

не является строго прямолинейной и предполагает периодическое возвращение к предыдущим фазам (Courtois, 1999; Steele et al., 2005).

На каждой фазе задачи *разрешения проблем и формирования навыков* решаются в более широком контексте *отношений* (Brown, Schefflin & Hammond, 1998). Если усилия пациента и терапевта приводят к повышению уровня психической эффективности пациента, что позволяет интегрировать ранее непереносимый диссоциированный материал, то это открывает новые возможности для проработки в терапии более глубоких уровней травматического опыта и нарушений функционирования. В относительно простых случаях травматизации ход фазово-ориентированной терапии может соответствовать линейной траектории. Однако чаще всего терапевтическая работа с многоуровневыми и хроническими следствиями травмы требует неоднократного перехода от одной фазы к другой и не может быть линейной.

Диагностика

Пациенты с хронической травмой часто обращаются за помощью во время кризиса, поэтому важно, оказывая помощь в разрешении конкретной кризисной ситуации, по возможности не забывать об обычных диагностических процедурах: тщательной проверке диагноза, психологическом тестировании, подробном сборе анамнеза (включая историю возможной травмы и опыт предшествующего лечения). У этих пациентов может наблюдаться тяжелая коморбидная симптоматика, соответствующая критериям самых разных расстройств, что делает практически невозможным описание такой пестрой клинической картины в рамках одной диагностической категории.

Хотя систематическая диагностика диссоциативных симптомов и расстройств обычно не является обязательной, все же она настоятельно рекомендована в том случае, если у пациента наблюдается множество разнообразных коморбидных симптомов, а также для пациентов с историей травмы и «неудачами в терапии». При этом необходимо помнить о том, что диссоциативная организация личности пациента может и не соответствовать какому-либо из диагнозов диссоциативных расстройств, описанных в DSM-IV. Например, признаки вторичной структурной диссоциации свойственны пациентам и с диагнозом пограничного личностного расстройства, и с соматоформным расстройством, а также для пациентов с диссоциативными расстройствами моторики и чувственного восприятия, как они определены в МКБ-10 (WHO, 1992). Однако для того, чтобы сложилась более или менее четкая картина структурной диссоциации личности пациента, терапевту потребуется время, а также внимательное и тщательное наблюдение пациента.

Для того чтобы сформировать план терапии, учитывающий особенности пациента, необходимо знать его сильные и слабые стороны, такие как особенности функционирования с точки зрения психического уровня (то есть необходимо знать, какой максимальный уровень в иерархии тенденций к действию, а также уровень энергии доступен для пациента). Некоторые пациенты могут прекрасно справляться с повседневной жизнью и сложной работой, демонстрируя временное понижение психического уровня в ситуациях, когда оживают травматические воспоминания или от них требуются навыки совладания, которых у них пока еще нет. Психический уровень других пациентов может быть гораздо ниже как с точки зрения психической эффективности, так и энергии. Проводя всестороннюю оценку психического уровня и его динамики, необходимо по возможности принимать во внимание все важные области повседневной жизни пациента, в том числе работу, отношения с другими людьми, заботу о других, игровую активность, режим сна и питания, потенциально опасные ситуации, уровень ментальных действий, сопровождающих поведенческие действия. Когда в результате диагностической работы становится ясно, что в некоторой определенной ситуации поведение пациента дезадаптивно, перед специалистом встает задача определения замещающего действия более низкого

уровня, к которому пациент прибегает в данной ситуации. Эти замещающие действия и становятся потенциальными мишенями терапии.

При планировании терапии также полезно будет знать о том, какие именно ВНЛ и АЛ образовались при структурной диссоциации личности пациента, а также об уровнях психического функционирования этих диссоциативных частей личности. Хотя для ВНЛ в целом свойствен более высокий психический уровень по сравнению с АЛ, однако иногда ВНЛ оказывается беспомощной перед вторгающимися элементами травматического опыта. Впрочем, изучение диссоциативных частей личности пациента и их психической эффективности и энергии может потребовать некоторого времени. Однако всесторонняя диагностика (подробнее см. главу 11) необходима уже при выработке исходного плана терапии.

Первая фаза терапии: стабилизация и снижение симптоматики

На первой фазе главным образом решается задача повышения психического уровня и качества адаптивных действий ВНЛ и АЛ для более эффективного функционирования в повседневной жизни. Для этого терапевт помогает пациенту в достижении определенного баланса психических и поведенческих действий, учитывая доступный для пациента уровень психической энергии и эффективности. Задача данной фазы состоит в повышении психического уровня ВНЛ и тех ключевых АЛ, которые содержат в себе элементы травматического опыта, проявляющегося в симптомах вторжения, и, следовательно, оказывающего влияние на ход терапии и чувство безопасности пациента. Это предполагает повышение рефлексивных возможностей, а иногда и расширение репертуара доступных для пациента психических и поведенческих действий. В случаях первичной структурной диссоциации это может быть достигнуто относительно просто в рамках краткосрочной психотерапии (Van der Hart, Van der Kolk & Boon, 1998). Однако при вторичной и третичной диссоциации личности решение этой задачи требует гораздо более продолжительных и энергичных усилий терапевта.

Очень важно помочь пациенту в развитии навыка оценки границ его энергетических ресурсов в данный момент времени, понимании того, что именно может повышать и понижать уровень психической энергии, рационально использовать свою энергию. Однако, прежде всего, необходимо, чтобы пациент на своем опыте узнал, что психические и поведенческие действия, завершающиеся адекватным образом, повышают его психический уровень. Некоторые пациенты предъявляют к себе слишком большие требования в повседневной жизни, не соизмеряя их с теми ресурсами внутренней энергии, которыми они обладают. Необходимо помочь этим пациентам разобраться с тем, от каких нагрузок им следует отказаться, наладить режим с тем, чтобы у них было больше возможностей для отдыха. Эти изменения позволят им освободить пространство и время для эффективных ментальных действий, которые замещались внешней активностью. Для других пациентов, психологически сильно ослабленных и поэтому ведущих пассивный образ жизни, более уместна иная стратегия – постепенное усиление психической и поведенческой активности. Что же касается пациентов, которые заняты бесконечной мысленной жвачкой и страдают от навязчивых мыслей, то им следовало бы помочь упростить их ментальные действия для того, чтобы их поведенческие действия стали более адаптивными. Во всех случаях необходимы действия более высокого уровня, подразумевающие рефлекссию и планирование, а также усилия, направленные на повышение или стабилизацию психической энергии и эффективности. Низкая психическая эффективность способствует развитию замещающих действий, что проявляется в состояниях дистресса и основных симптомах психопатологии, таких, например, как самодеструктивное поведение. Улучшение функционирования ВНЛ может быть достигнуто через снижение выраженности или устранение этих ослабляющих симптомов, а также симптомов депрессии, тревоги и ПТСР. Первоочередной задачей является «контейнирование» травматических воспоминаний. Иногда в терапии возникает необхо-

димось обучения пациента многим навыкам эмоциональной регуляции и коммуникации, а также постоянного использования этих навыков для повышения его психического уровня.

Систематическая работа над повышением адаптационной эффективности действий пациента на первой фазе терапии требует проработки и преодоления фобий, связанных с травматическим опытом: с травмой ментальных действий, в том числе фобий диссоциативных частей личности, фобий привязанности и утраты привязанности. На первой фазе также начинается проработка фобии изменений и фобии нормальной обыденной жизни, однако продолжение и завершение этой работы возможно только по достижению пациентом более высокого уровня функционирования в течение всего курса терапии. Эти фобии свидетельствуют о том, что у пациентов есть «незавершенные дела». Пациенты расходуют много сил на избегание мыслей об этих делах или торможение активности, которая могла бы привести к их завершению. Пациент обычно реагирует на фобии замещающими действиями низшего порядка, еще больше понижающими психический уровень и затрудняющими интеграцию. Работа в терапии с этими серьезными проблемами должна опираться на принципы экономии психической энергии. При этом ожидается, что между диссоциативными частями личности пациента появятся и постепенно будут углубляться понимание и эмпатия, а также взаимодействие. Это необходимо для того, чтобы можно было впоследствии перейти к работе, направленной на то, чтобы травматические воспоминания стали доступными для всех диссоциативных частей. Таким образом, с самых ранних фаз терапии начинается работа над формированием более связной, стабильной и гибкой личности.

Вторая фаза терапии: терапия травматических воспоминаний

Основной целью второй фазы является разрешение фобии травматических воспоминаний, в результате чего исчезает мотив сохранения внутренних разделений структурной диссоциации. Эта фаза терапии обычно требует более высокого психического уровня, чем тот, с которым пациент приходит в терапию. Тщательное планирование хода и темпа терапии, включая регуляцию гипер- и гиповозбуждения, является ключевым для достижения успеха. Проработка травматических воспоминаний и связанных с ними эмоций и убеждений является в высшей степени сложной и тонкой частью терапии (см. главу 16).

Другие фобии, прорабатываемые на этой фазе, связаны с ненадежной привязанностью к насильнику/ам. Пациенты одновременно сильно привязаны к близкому человеку, совершавшему акты насилия по отношению к пациенту, и в то же время стремятся избегать его. Эта ключевая дилемма сближения—избегания должна быть разрешена. Разные части личности могут иметь противоположные и часто нереалистичные представления о насильнике (например, «Он знает все мои мысли, он накажет меня за них», «Он все делает правильно»). Эти противоречия должны быть очень осторожно исследованы и проработаны в ходе терапии. В конечном счете, пациент приходит к переживанию горя утраты своей мечты об идеальной семье и учится ценить то, что предлагает ему в жизни роль независимого взрослого человека.

Не всегда обращение к третьей фазе терапии происходит строго после полной проработки и интеграции травматических воспоминаний. Однако вторая фаза необходима, так как проработка незавершенного переживания травмы помогает поднять общий психический уровень пациента и преодолеть хронические препятствия на пути интеграции, которые создаются отыгрыванием и реактивацией травматического опыта. Как правило, в ходе терапии может возникнуть необходимость временного возвращения к работе предыдущих фаз.

Третья фаза терапии: интеграция и реабилитация личности

На третьей фазе решается другая задача терапии, которая является одной из труднейших (Van der Hart, Steele et al., 1993). Речь идет о болезненной работе горя, которая необходима для завершения *реализации* того, что когда-то произошло с пациентом, отказа от автоматических замещающих действий и начала нового этапа в жизни с опорой на новые навыки совладания, требующие стабильно высокого уровня психической эффективности и энергии. На третьей фазе продолжается и приходит к завершению работа с фобией изменения и нормальной жизни, начатая еще на первой фазе терапии. Наконец, кульминацией успешной терапии может быть названо преодоление фобии близости, которая являет собой преграду на пути к важным переменам к лучшему в отношениях с другими людьми и вообще в жизни пациента. Пациенты, которым не удалось успешно завершить третью фазу терапии, часто продолжают сталкиваться с серьезными трудностями в своей повседневной жизни, несмотря на существенное облегчение от снижения интенсивности или устранения симптомов вторжения. Качество жизни пациентов, успешно проходящих третью фазу, значительно улучшается.

Часть 1

Структурная диссоциация личности

Глава 1

Структурная диссоциация личности

Основные положения

*Во мне есть еще одно я... утонувшее в слезах... Я ношу его глубоко
внутри, как рану.
Мишель Турнье (Tournier, 1972, p. 21)*

Часто клиницист сталкивается с серьезными трудностями, пытаясь определить, какие именно события внутренней жизни или аспекты личности пациента могут считаться диссоциативными. Кроме того, возникают сомнения в том, что именно подвержено диссоциации при психической травме. В данной главе мы рассмотрим эти ключевые для понимания структурной диссоциации вопросы.

ТРАВМАТИЧЕСКАЯ ПРИРОДА СТРУКТУРНОЙ ДИССОЦИАЦИИ

Так как термин *травма* используется часто и по-разному, то мы начнем с обсуждения того, как мы применяем термин *травматизация*, в частности, в контексте концепции структурной диссоциации личности. *Травма*, по сути, означает «рану», «повреждение» (Winnik, 1969) или «шок». Ойленбург, немецкий невролог, автор термина *психическая травма*, впервые применил его для обозначения психологических последствий воздействия стрессового события (Eulenburg, 1878; Van der Hart, Brown, 1990). В клинической и научной литературе широкое распространение получил термин *травматическое событие*, а термин *травма* зачастую используется как его синоним (Kardiner, Spiegel, 1947). Однако сами по себе события не являются травматическими, только наблюдая последствия, которые для психической жизни индивида имело переживание некоего события, можно судить, было ли оно для него травматическим или нет. Таким образом, переживание ситуации сильного стресса не всегда сопровождается психической травматизацией. Поэтому, когда в тексте этой книги появляется термин *травма*, он означает не событие, а внутреннее состояние человека, страдающего от расстройства, вызванного переживанием экстремального события, а также ту или иную степень структурной диссоциации. Степень травматизации индивида зависит от ряда взаимодействующих между собой факторов, которые могут быть отнесены к одной из двух групп: объективные и субъективные характеристики переживания события. К последним относится уровень психической энергии и эффективности (компоненты интегративной способности индивида). Далее мы рассмотрим общие факторы уязвимости у взрослых и у детей.

ХАРАКТЕРИСТИКИ ПОТЕНЦИАЛЬНО ТРАВМИРУЮЩЕГО СОБЫТИЯ

Некоторые события обладают большим потенциалом психотравмирующего воздействия по сравнению с другими. К первым относятся события, которые отличаются интенсивным, внезапным, неподдающимся контролю, непредсказуемым и чрезвычайно негативным воздействием (Brewin, Andrews, Valentine, 2000; Carlson, 1997; Carlson, Dalenberg, 2000; Foa, Zinbarg,

Rothbaum, 1992; Ogawa, Sroufe, Weinfeld, Carlson, Egeland, 1997). Ситуации межличностного насилия, сопровождающиеся нанесением физического ущерба или угрозой жизни, с большей вероятностью могут стать причиной психической травмы, чем другие события, отличающиеся чрезвычайно сильным стрессовым воздействием, такие, например, как стихийные бедствия (например: APA, 1994; Breslau, Chilcoat, Kessler, Peterson, Lucia, 1999; Darves-Bornoz, Lépine, Choquet, Berger, Degiovanni et al., 1998; Holbrook, Hoyt, Stein, Sieber, 2002). Ситуации утраты объекта привязанности (Waelde, Koopman, Rierdon, Spiegel, 2001) и предательства человеком, являющимся объектом привязанности (Freyd, 1996), хотя и не связаны непосредственно с угрозой жизни, повышают риск травматизации. В ситуациях жестокого обращения с ребенком часто действуют все вышеупомянутые факторы.

Как правило, пренебрежение сопровождается насилием по отношению к ребенку (Draijer, 1990; Nijenhuis, Van der Hart, Kruger, Steele, 2004). Однако и в отношениях между взрослыми людьми бывает так, что один из партнеров игнорирует потребности другого. Пренебрежение представляет собой такую форму травматизации, существенными чертами которой являются отсутствие заботы о партнере и внимания к его базовому физическому и эмоциональному благополучию, а также отсутствие сопереживания и поддержки со стороны значимого другого, то есть отсутствие всех тех важных аспектов отношений, которые детям необходимы в силу их возраста, а для взрослых важны в определенных ситуациях, таких как переживание потенциально травматического события.

Многочисленное переживание воздействия сильного стрессора в течение некоторого времени, как, например, в случае насилия в детском возрасте, приводит к наиболее разрушительным последствиям для жертвы. Хроническая травматизация повышает риск возникновения травматических расстройств, а также опасных форм поведения, включая наркоманию (Dube, Anda et al., 2003) и суицидальное поведение (Dube, Felitti et al., 2001), и приводит к появлению симптомов не только психических, но и соматических расстройств. Повторяющиеся травматические переживания в контексте отношений с важными взрослыми людьми создают предпосылки для отклонения от нормы процессов формирования структур мозга и нейроэндокринной системы (Anda et al., 2006, Dube et al., 2003; Breslau, Davis, Andreski, 1995; Draijer, Langeland, 1999; Glaser, 2000; Hillis et al., 2004; Nijenhuis, Van der Hart, Steele, 2004; Ozer, Best, Lipsey, Weiss, 2003; Perry, 1994; Schore, 2003a, b). Хроническая травматизация является основным фактором развития более сложных форм структурной диссоциации.

Недостаток или отсутствие социальной поддержки существенно повышает риски появления травматического расстройства (например: Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2003). Это особенно справедливо в отношении детей, для которых успех интеграции сложных аспектов жизненного опыта полностью зависит от помощи взрослых. Для поддержания и роста психической эффективности (например: Runtz, Schallow, 1997) требуется создание благоприятных условий, поддержка и забота, так как, помимо прочего, это способствует снижению уровня физиологической реактивности (Schore, 1994, 2003b) и оказывает благотворное влияние на иммунную систему (Uchino, Cascioppi, Kieclot-Glaser, 1996). Ребенку необходимо поддерживающее прикосновение и телесный контакт, которые помогают ему смягчить воздействие стресса и справиться с сильными эмоциональными реакциями (Kramer, 1990; Nijenhuis, Den Boer, 2007; Weze, Leathard, Grange, Tiplady, Stevens, 2005).

ИНДИВИДУАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ

Очень часто после переживания чрезвычайного происшествия у взрослых людей возникают острый дистресс и явления вторжения травматического опыта. Однако в большинстве случаев эти состояния являются преходящими и спустя несколько недель или месяцев прекращаются без формирования травматического расстройства (Kleber, Brom, 1992). Явления втор-

жения, возникающие сразу после психотравмирующего переживания, можно считать проявлениями временного незначительного внутриличностного разделения, которое предшествует полной интеграции стрессового опыта. Однако у некоторых людей это разделение сохраняется на долгое время и приводит к появлению травматического расстройства. Так, исследования показывают, что ПТСР развивается примерно у 10–25 % взрослых с острым стрессовым расстройством (ASD; APA, 1994) после переживания экстремального стресса (Breslau, 2001; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, Nelson, 1995; Yehuda, 2002). Мета-анализ показал, что к основным факторам риска возникновения ПТСР у взрослых могут быть отнесены: предшествующая (кумулятивная) травматизация, долговременное жестокое обращение в детстве (этот фактор имеет особое значение), прежние трудности психологической адаптации, наличие близких родственников, страдающих психиатрическими расстройствами, угроза жизни, интенсивные негативные эмоции и диссоциативные состояния во время переживания психотравмирующей ситуации, недостаточная социальная поддержка (Brewin et al., 2000; Emily, Best, Lipsey, Weiss, 2003; Holbrook, Hoyt, Stein, Sieber, 2002; Ozer et al., 2003). Люди, пережившие в детстве травму отвержения и жестокого обращения со стороны важных взрослых, по сути, были подвержены всем вышеперечисленным факторам риска.

Гено-средовое взаимодействие

Личность характеризуется, в частности, взаимодействием среды и наследственности. Генетические факторы могут усугублять уязвимость к стрессовым ситуациям и формировать предрасположенность к развитию таких личностных особенностей, которые усиливают риск попадания в опасные ситуации (Jang et al., 2003). Однако до сих пор отсутствуют неопровержимые данные о прямой связи между наследственностью и склонностью к травматизации (Brewin et al., 2000; Emily et al., 2003; McNally, 2003).

Психическая эффективность и психическая энергия

Для сохранения относительной целостности личности после воздействия факторов экстремального стресса необходим высокий уровень психической эффективности. Если психическая эффективность и психическая энергия (которые будут подробно рассмотрены в части II и в главе 12) оказываются недостаточными для достижения полной интеграции травматического опыта, происходит структурная диссоциация. Психическая эффективность варьирует в широких пределах и зависит от индивидуальных особенностей, например, от возраста (повышается по мере взросления и, как правило, снижается к старости), а также от уровня физической и психической энергии, состояния физического и психического здоровья, настроения, эмоций, стресса. В норме психическая эффективность и психическая энергия сбалансированы и достигают достаточно высокого уровня, что позволяет индивиду интегрировать внутренний опыт в соответствии с возможностями актуального уровня развития (Jackson, 1931–1932; Janet, 1889; Meares, 1999; Nijenhuis, Van der Hart, Steele, 2002).

Интеграция затруднена, если человек избегает травматических воспоминаний, подавляет мысли о травматическом опыте, негативно относится к непроизвольному появлению собственных травматических воспоминаний или когда человек находится в состоянии истощения. Эти факторы являются предикторами ПТСР у детей (Ehlers, Mayou, Bryant, 2003) и у взрослых (Laposa, Alden, 2003; Marmar et al., 1996).

Мы полагаем, что при низком уровне психической эффективности люди чаще прибегают к таким ментальным действиям, как избегание, подавление или формирование негативных оценок и убеждений. Это особенно свойственно для ВНЛ, диссоциативной части личности, избегающей травматических воспоминаний. Впрочем, диссоциированные аффективные части

личности (АЛ), фиксированные на травматических воспоминаниях, также порой избегают как ВНЛ, так и реальности.

Возраст

Между развитием травматического расстройства и возрастом, при котором произошла психическая травма, есть связь. Чем моложе человек, тем больше вероятность появления расстройства, вызванного травмой. Эта закономерность была выявлена для ПТСР, сложного ПТСР, травматического пограничного расстройства личности, диссоциативного неуточненного расстройства первого типа (более мягкой разновидности расстройства диссоциированной идентичности) и РДИ (например: Boon, Draijer, 1993; Brewin et al., 2000; Herman, Perry, Van der Kolk, 1989; Liotti & Pasquini, 2000; Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart, Vanderlinden, 1998b; Ogawa et al., 1997; Roth, Newman, Pelcovitz, Van der Kolk & Mandel, 1997). Хроническая травматизация в детском возрасте стоит особняком в ряду других типов травматизации, так как травму переживает нуждающийся в особой заботе и поддержке ребенок с незрелой психической эффективностью и психобиологическими структурами (см. главу 5).

Структурная диссоциация личности. Перитравматическая диссоциация

Симптомы диссоциации, которые появляются у индивида во время и после травматического события, указывают на трудности интеграции, по крайней мере, некоторых аспектов травматического переживания. Наличие диссоциативных, а также других симптомов, таких как выраженные изменения сознания коррелируют с последующим развитием серьезных травматических расстройств (Lensvelt-Mulders et al., 2008; Van der Hart, Van Engen, Van Son, Steele, Lensvelt-Mulders, 2008; Ozer et al., 2003).

Разрушительные эмоции и повышенный уровень физиологической реактивности

Психическая травма связана с переживанием «разрушительных» эмоций, таких как паника и эмоциональный хаос во время и после чрезвычайного события (Bryant, Panasetis, 2001; Conlon, Fahy, Conroy, 1999; Janet, 1889, 1909a; Resnick, Falsetti, Kilpatrick, Foy, 1994; Van der Hart, Brown, 1992). Повышение уровня физиологической реактивности после завершения психотравмирующей ситуации может, например, проявляться в повышении частоты сердечных сокращений (Shalev et al., 1998), а также в преувеличенной реакции испуга (Rothbaum, Davis, 2003), что некоторые авторы считают предикторами ПТСР.

При переживании разрушительных эмоций происходит подмена адаптивных действий дезадаптивными суррогатами, то есть происходит отказ в пользу реактивного реагирования от сложных действий, для которых необходимы рефлексивная мыслительная проработка и детальный последовательный план (Janet, 1909a; Van der Kolk, Van der Hart, 1989).

Сниженный уровень физиологической реактивности

Симптомы повышенной физиологической реактивности традиционно включены в один из основных диагностических критериев ПТСР, однако в последнее время важная роль в посттравматических состояниях также отводится и явлениям гиповозбуждения (например: Lanius, Hopper, Menon, 2003; Nijenhuis, Den Boer, 2009). Не все люди испытывают гиперовозбуждение во время чрезвычайного события, иногда вслед за проявлениями повышенной физиологиче-

ской реактивности следует непроизвольное и значительное снижение уровня сознания (гиповозбуждение). Так, состояние повышенной физиологической реактивности может повлечь нарушение процессов сохранения информации в памяти, а после смениться чувством нереальности происходящего, блокированием эмоциональных реакций и анестезией. Несмотря на то, что некоторые элементы травматического опыта впоследствии могут быть воспроизведены в произвольном припоминании, все же подобные реакции препятствуют полной интеграции травматического опыта.

Смысл

Смысл, который индивид придает событию (например, считает произошедшее проявлением божественной воли, наказанием, считает себя виновником событий) существенно влияет на развитие ПТСР (например: Ehlers et al., 2003; Koss, Figueredo, Prince, 2002). Дети обычно убеждены, что насилие и пренебрежение происходят по их собственной вине, потому что часто слышат обвинения в свой адрес со стороны насильника и других взрослых людей. Кроме того, дети часто не знают, как еще объяснить то страдание, которое причиняют им близкие (Salter, 1995). Восприятие события как угрожающего жизни связывается с диссоциацией (Marmar, Weiss, Schlenger et al., 1994; Marmar, Weiss, Metzler, Ronfeldt, Foreman, 1996).

Прошлый опыт

То, как люди реагируют на событие, в определенной степени зависит от степени их готовности к тому, что произошло (например: Janet, 1928b; Morgan et al., 2001). И хотя трудно себе представить, как ребенок мог быть готов к (дальнейшему) хроническому насилию, исследования факторов устойчивости к факторам стресса и психической травмы могут помочь нам понять, как дети научаются адаптивно справляться с неблагоприятным опытом (Berk, 1998; Caffo, Belaise, 2003; Henry, 2001; Kellerman, 2001; McGloin, Widom, 2001). Это знание может пригодиться при оказании помощи детям с низкими интегративными возможностями.

Итак, оценка события как психотравмирующего может быть сделана только на основании знания о том, какое воздействие на индивида оказало переживание этого события. Следовательно, такая оценка возможна только некоторое время спустя после завершения события. Вышеприведенные психологические и биологические факторы влияют на уязвимость относительно воздействия психотравмирующих факторов данной ситуации, а значит, на развитие структурной диссоциации личности.

ДИССОЦИАТИВНЫЕ ЧАСТИ ЛИЧНОСТИ

Идея диссоциации личности, безусловно, не нова. В XIX веке диссоциация определялась как разделение личности (Azam, 1876; Beaunis, 1887; Binet, 1892–1896/1997; Breuer, Freud, 1893–1895/1955b; Ferenczi, 1932/1988; Janet, 1887/2005; Prince, 1905; Ribot, 1885; Taine, 1878; ср.: Van der Hart, Dorahy, 2009).

Диссоциация как разделение личности

Точнее говоря, диссоциация представляет собой разделение между «системами идей и функций, составляющих личность» (Janet, 1907, p. 332). Под «идеями» Жане подразумевал не только мысли, но и психобиологические комплексы (системы), включающие мысли, аффекты, ощущения, формы поведения, воспоминания, которые мы называем *психическими (менталь-*

ными) действиями. Он полагал, что с этими системами идей и функций связано собственное чувство *я*, хотя и в некоторых случаях рудиментарное. Так, если аффект или ощущение диссоциировано, эти ментальные действия тем не менее представлены в контексте *я*: «*я* в ужасе», «*у меня* болит живот». Однако в другом *я* могут быть представлены совершенно иные восприятие и оценка происходящего: «*мне* не страшно»; «*я* не чувствую боли»; «*я* ничего не чувствую». Чувство *я* может в этом случае быть достаточно ограниченным и сводиться к осознанию лишь некоторой части опыта.

Исходная идея диссоциации как разделения личности сохранила свое значение и в наши дни. Например, Патнем (Putnam, 1997) определяет диссоциацию как разделение «отдельных поведенческих состояний», в норме связанных между собой и образующих «поведенческую архитектуру». Эта «архитектура», или структура, определяет «личность человека, объединяя ряд доступных ему поведенческих состояний и совокупность прежнего опыта, сформировавшую ясные и стабильные состояния сознания» (р. 157).

Диссоциация как разделение личности наблюдается у взрослых в состояниях острой травматизации. Например, во время Первой мировой войны диссоциацией личности объяснялось чередование симптомов вторжения травматического опыта и явлений избегания (например: Brown, 1919; Ferenczi, 1919; Horowitz, 1986; McDougall, 1926; Myers, 1940; Simmel, 1919; ср.: Van der Hart, Van Dijke et al., 2000). Сейчас эти состояния могли бы быть диагностированы как ПТСР или как простое диссоциативное (конверсионное) расстройство моторики и чувственного восприятия (WHO, 1992). Наблюдая пациентов, страдающих этими расстройствами, клиницисты замечали, что диссоциативные ментальные действия, такие как травматические воспоминания, не разворачиваются абсолютно изолированно, но всегда являются частью «некоторой личности» (Mitchell, 1922, р. 113), которая не может быть охарактеризована – «как просто идея, группа или последовательность идей, но как целесообразное мышление [части] личности, обладающей самосознанием» (McDougall, 1926, р. 543). Таким образом, диссоциированные (когнитивные и иные ментальные) действия принадлежат некой диссоциативной части личности индивида, пережившего психическую травму. Эта часть считает себя *автором* этих действий, а сопряженные с ними элементы опыта – *своими* собственными (Braude, 1995). Например, при повторном переживании прошлого травматического события, именно АЛ принадлежит утверждение «*я* убежала (АЛ как инициатор бегства), потому что *я* испугалась» (АЛ как часть, которой принадлежит страх и которая признает его своим). Для структурной диссоциации характерно то, что в личностной системе всегда присутствует такая диссоциированная часть личности, которая признает свое авторство и «права собственности» в отношении тех или иных действий. Это отличает структурную диссоциацию личности от других проявлений недостаточной интеграции, таких как приступы паники при паническом расстройстве или навязчивые негативные мысли при депрессии.

Диссоциативные части личности

Хотя Митчелл и Макдугалл говорили о «личностях», внимательное изучение их работ показывает, что в действительности они имели в виду диссоциативные *части одной* личности. Центральное место в их теоретических построениях занимает утверждение, что диссоциативные «системы идей и функций» обладают своим собственным самосознанием и чувством *я* у пациентов, которым сейчас можно было бы поставить диагноз ПТСР (или иного другого расстройства, этиологически связанного с психической травмой).

Диссоциативные части являются составляющими единой личности. Даже те части личности, в сферу которых входят лишь ограниченные аспекты опыта, тем не менее могут обладать стабильными чертами и функциями. В этом смысле все диссоциативные части имеют собственный «стойкий паттерн восприятия, установок и мышления о мире и о себе». Дан-

ная формулировка входит в критерий РДИ в DSM-IV, в котором определены диссоциированные личностные идентичности и личностные состояния (APA, 1994, р. 487), *точно такую* формулировку мы встречаем в определении *черт* личности (APA, 1994, р. 630). В современной литературе отсутствует принцип, который позволил бы дать качественную оценку и различать диссоциативные части личности при РДИ от диссоциативных частей личности при других травматических расстройствах, например, ПТСР. Мы считаем, что различия эти являются существенными, диссоциированные части личности при разных расстройствах отличаются по степени сложности и независимости. Некоторые психоаналитически ориентированные авторы (Ferenczi, 1926; Joseph, 1975; Rosenfeld, 1987) также использовали термин *части личности* для описания структурной диссоциации, не приводя, однако развернутого определения данного термина⁴.

Хотя диссоциативные части обладают чувством *я* (рудиментарным у некоторых диссоциативных частей), они представляют собой не отдельные, полностью самостоятельные сущности, но, скорее, особые и отделенные друг от друга в той или иной степени психобиологические системы прежде унитарной личности. Структурная диссоциация предполагает недостаток взаимосвязи и координации между этими системами. Отдавая дань замечательным работам Чарльза Майерса (1940), мы решили использовать его термины – «внешне нормальная часть личности» (ВНЛ) и «аффективная часть личности» (АЛ) – для обозначения двух разных типов психобиологических систем. Эти системы являются частями единого человеческого существа, поэтому при упоминании частей личности мы подразумеваем целостного индивида даже в том случае, если в его внутреннем мире доминирует какая-то одна из этих неинтегрированных систем. Поэтому мы говорим «он или она *как* ВНЛ или АЛ», и когда речь идет о ВНЛ или АЛ, это подразумевается.

Внешне нормальная и аффективная части личности

Эти части личности упоминаются многими авторами, независимо от терминологии, к которой они прибегают (например: Brewin, 2003; Figley, 1978; Howell, 2005; Kluft, 1984; Laufer, 1988; Putnam, 1989; Tauber, 1996; Wang, Wilson, Mason, 1996). Например, Фигли и другие авторы противопоставляют диссоциативное «состояние пострадавшего», при котором человека переполняют травматические воспоминания (то есть АЛ), состоянию «нормального функционирования личности» (то есть ВНЛ). Говоря о травме вьетнамских ветеранов, Лойфер (Laufer, 1988) разделил «военное *я*» и «адаптивное *я*». Тойбер в своей работе, посвященной пациентам, жертвам Холокоста, которые детьми попали в концентрационные лагеря (Tauber, 1996), противопоставляет «детскую часть [Я]» и «соответствующую актуальному возрасту взрослому часть [Я]».

СИСТЕМЫ ДЕЙСТВИЙ: ПОСРЕДНИКИ ДИССОЦИАТИВНЫХ ЧАСТЕЙ

Эти согласующиеся между собой клинические наблюдения показывают, что разделение личности после переживания психической травмы происходит не случайным образом, но следует определенной базисной структуре, в рамках которой возможно бесконечное разнообразие вариаций. Самое простое разделение личности при травме – *первичная структурная диссоциация* с одной ВНЛ и одной АЛ.

⁴ В клинической литературе используются разные конструкты для обозначения того, что мы называем диссоциативными частями личности, например, эго-состояния, диссоциативные или диссоциированные состояния, диссоциативные состояния *я*, диссоциативные состояния идентичности, диссоциативные личностные состояния, альтер-личности (alter personality, alters), диссоциативные или диссоциированные *я*, диссоциативные идентичности.

Во введении мы отметили, что при структурной диссоциации происходит разделение внутри личности между двумя частями (первичная диссоциация личности) и большим их количеством (вторичная и третичная диссоциация личности), которые объединяют разные психобиологические системы и обладают самосознанием. Что можно сказать о психобиологических системах, «вокруг» которых происходит формирование ВНЛ и АЛ? Прежде всего, эти системы должны отвечать определенным критериям. Первый вытекает из необходимости интеграции всех более или менее связанных психобиологических комплексов, входящих в сферу диссоциированных частей ВНЛ и АЛ. Поэтому системы, принимающие участие в формировании ВНЛ и АЛ должны быть способны к самоорганизации и саморегуляции в заданных рамках гомеостаза, времени и контекста.

Во-вторых, эти системы, аналогичные биологическим системам млекопитающих, являются функциональными системами, сложившимися в ходе эволюции. Согласно клиническим наблюдениям пациентов, переживших психическую травму, ВНЛ отвечает за репродуктивное поведение, отношения привязанности, заботу о других, другие виды социального взаимодействия. Кроме того, ВНЛ избегает травматических воспоминаний, которые могли бы помешать решению жизненно важных задач. Особенность АЛ состоит в том, что эта часть личности осуществляет филогенетически унаследованные защитные маневры и эмоциональные реакции на стимулы, которым присваивается значение угрозы, в том числе по причине фиксации на прошлом травматическом опыте.

В-третьих, АЛ и ВНЛ, как это будет показано ниже, чутко реагируют на безусловные и условные стимулы, связанные с угрозой, поэтому у людей, страдающих от последствий психической травмы, легко формируются обусловленные реакции.

В-четвертых, эти системы должны одновременно обладать устойчивостью характеристик и способностью изменяться в соответствии с требованиями ситуации, что мы и наблюдаем у ВНЛ и АЛ, которые демонстрируют как постоянные черты, так и признаки воздействия факторов конкретной ситуации. И наконец, эти системы должны быть активны уже на самых ранних этапах онтогенеза, так как диссоциативные расстройства могут проявляться очень рано. Системы действий удовлетворяют всем этим требованиям: они обладают внутренней организацией, филогенетически обусловлены, являются функциональными, гибкими (в определенных границах), врожденными, и, вместе с тем, следуют эпигенетическим принципам развития.

Во введении мы привели краткое описание разных типов систем действий. Были упомянуты две основные категории: системы, обеспечивающие приближение к желаемым благам и участие в делах повседневной жизни, и системы, отвечающие за удаление от возможной опасности и бегство от непосредственной угрозы жизни или физическому благополучию (Carver, Sutton & Scheier, 2000; Lang, 1995). Эти психобиологические системы иногда определяют как мотивационные (например: Gould, 1982; Toates, 1986), поведенческие (например: Bowlby, 1969/1982; Cassidy, 1999), или операционные эмоциональные системы (Panksepp, 1998). Мы назвали их *системами действий*, поскольку они помогают нам адаптивно функционировать благодаря ментальным и поведенческим действиям. В норме у взрослого человека системы повседневной жизни и защиты интегрированы. Например, многие люди могут жить нормальной жизнью, осознавая вместе с тем возможные опасности: они внимательно водят машину, стараются не ходить в одиночку поздно вечером, пытаются найти укрытие в сильную бурю.

Функции систем действий в норме

Системы действий являются основными элементами, составляющими единую личность. Они есть у каждого индивида. В идеале в ходе онтогенеза происходит интеграция внутри и между системами действий, что позволяет нам быть более эффективными в решении задач адаптации. Системы регулируют и направляют тенденции к действию (Bowlby, 1969/1982;

Cassidy, 1999; Damasio, 1999; Gilbert, 2001; Gould, 1982; Lang, 1995; Lang, Davis & Öhman, 2000; Panksepp, 1998; 2003; Timberlake, 1994; Toates, 1986). В результате эволюции у человека сформировались связи примитивных систем действий с высшими корковыми функциями, что открыло для нас возможность активировать сложные тенденции, в том числе вступать в сложные взаимодействия с другими людьми.

Системы действий во многом определяют, что именно мы считаем привлекательным или отталкивающим, формируя соответствующие тенденции к приближению или избеганию (Timberlake, 1994). Каждая система действий позволяет нам отвергать стимулы или принимать их для последующей информационной обработки в соответствии с биосоциальными целями этих систем. Они помогают нам научиться тому, что является необходимым для адаптации (Timberlake & Lucas, 1989), и в свою очередь сами изменяются в ходе этого обучения (Timberlake, 1994).

Например, система защитных действий и связанное с ней чувство страха, помогают различать опасность и побуждают к защите. Совместное действие систем привязанности и сексуальных отношений помогают устанавливать отношения привязанности и осуществлять репродуктивную функцию. Благодаря активности этих систем в нашей жизни существуют смысл, взаимная поддержка и удовольствие, которые совершенно необходимы для выживания нашего вида. Элементами систем, связанных с формами социального взаимодействия, такими как привязанность, забота, размножение, могут быть и осознанные эмоции стыда, вины, неловкости, то есть те, что мотивируют поведение дистанцирования, помогая таким образом избежать потенциальных реакций отвержения или критики. Однако благодаря этим эмоциям мы утверждаем нашу принадлежность к группе, так как они лежат в основе принятия нами социальных норм. Исследовательская система пробуждает нашу любознательность в освоении мира, благодаря чему мы становимся все более и более опытными в организации среды обитания и таким образом достигаем более высоких уровней адаптации. В сфере системы регуляции энергии формируются реакции на усталость и голод, необходимые для поддержания внутреннего равновесия и выживания.

В повседневной жизни человек сталкивается с рядом сложных биосоциальных задач (уход за детьми, социализация, соперничество, игра с друзьями, исследование внешнего и внутреннего мира). Для их решения индивид должен достичь согласованной активности систем действий, что может оказаться непростым делом, так как координация совместной деятельности разных систем гораздо сложнее, чем опора на активность только одной из них. Неудивительно, что многие часто встречающиеся психологические конфликты связаны с трудностями учета столь различных интересов. Например, достичь адаптивного и полезного баланса в сочетании работы, отношений с другими людьми и отдыха гораздо сложнее, чем посвятить все свое время одной только работе. Координация поведенческих систем требует более высокого уровня психической эффективности, чем использование в своей деятельности одной-единственной системы. При структурной диссоциации активность какой-то одной диссоциативной части личности будет направлена на достижение тех целей и решение тех задач, которые связаны с мотивирующими данную часть личности системами действий, тогда как цели и задачи поведенческих систем, оставшихся за границей диссоциативного разделения и принадлежащих другим частям личности, будут подавляться или избегаться. Например, диссоциативная часть, главной задачей которой является обеспечение безопасности индивида, может избегать общения с другими людьми и других социальных ситуаций, и даже обладать невнятной речью. Тогда как другая часть личности индивида может интересоваться людьми, чувствовать себя с ними уверенно и стремиться проводить больше времени с друзьями.

Элементы системы действий

Системы действий обладают довольно сложной, по крайней мере, двухуровневой организацией. Каждый из этих уровней содержит компоненты с собственными целями, мотивами и соответствующими тенденциями к действию (Fanselow & Lester, 1988; Timberlake, 1994). Мы также различаем подсистемы действий и в рамках данной подсистемы способы функционирования, или мотивационные состояния. Например, система энергетической регуляции включает такие *подсистемы*, как питание и сон, имеющие собственные цели, однако все они подчинены общей задаче поддержания энергии организма на необходимом для успешного функционирования уровне.

Подсистемы ориентируют индивида в отношении определенного вида стимулов, оформляют соответствующие тенденции к действию. Таким образом, подсистемы во многом определяют, что и как вовлекается в процесс интеграции. Голодный человек будет занят поисками пищи и едой, уставший будет искать спокойное место, где можно отдохнуть и вздремнуть, испуганный будет стараться избежать пугающей ситуации и стремиться к безопасности, сердитый будет спорить или драться. Другими словами, подсистемы ограничивают поле сознания индивида релевантными стимулами (например, определенными аспектами приема пищи, безопасности, взаимоотношений, работы) и поддерживают одни тенденции, тормозя другие. Однако интересы адаптации требуют, чтобы индивид был способен интегрировать эти подсистемы и координировать их активность.

Каждая подсистема обладает определенным набором образов действия, или мотивационных состояний, которые помогают достичь определенной цели разными путями через *реализацию* разных тенденций к действию. Например, система энергетической регуляции состоит из подсистемы питания, которая не ограничена одной лишь подсистемой поглощения пищи, но состоит из подсистем, обеспечивающих покупку еды в магазине, посещение кафе или ресторана, приготовление пищи и ее усвоения. Система действий, благодаря которой осуществляется забота о ребенке, состоит из подсистем защиты, кормления, обучения, воспитания и любви к ребенку. В свою очередь, активация какой-то подсистемы может выражаться в разных действиях, так, родитель, вдруг обнаружив, что ребенок потерялся в супермаркете, может прибегать к разным действиям, стараясь его отыскать. Например, станет повсюду разыскивать ребенка, может попросить других людей о помощи, громко звать ребенка по имени, пытаться представить себе, куда мог пойти ребенок, при этом тормозить другие тенденции действия, такие как оцепенение, вызываемое страхом, желание отдохнуть после долгого напряженного дня. В этой ситуации родитель максимально ограничит поле своего сознания, оставив место только для стимулов, связанных с эффективными поисками ребенка.

ПОДСИСТЕМЫ, ОБРАЗЫ ДЕЙСТВИЯ И ДИССОЦИАТИВНЫЕ ЧАСТИ

Для понимания того, как функционируют и в чем состоит нарушение функционирования диссоциативных частей личности, очень важны понятия подсистемы и образа действия систем. Во введении мы утверждали, что конкретная диссоциированная часть формируется на основе особой конфигурации систем действий. Однако функционирование диссоциированной части может быть ограничено рамками какой-то одной подсистемы или даже образа действия, и это еще больше сужает возможности вариативности и гибкости данной части личности при достижении адаптации. Следствием жесткой связи между диссоциативной частью и определенными системами или подсистемами действий будет искажение оценки внешней ситуации и неадекватный выбор способа совладания, так как цели и задачи определенной системы (или подси-

стемы), а также круг значимых для нее стимулов будет накладывать отпечаток на восприятие и поле сознания данной диссоциативной части личности.

Например, при доминирующей ВНЛ Мариам постоянно боялась потерять своего ребенка и слишком опекала его. Когда она бывала с сыном в супермаркете, она не могла сосредоточиться на покупках, потому что все ее внимание было сконцентрировано на ребенке. В каждом человеке, который приближался к ним, она видела угрозу, хватала сына за руку и удерживала его рядом с собой, хотя мальчику было уже девять лет и он ужасно смущался таким поведением мамы. Она была охвачена единственным желанием защитить ребенка любой ценой.

Следует отметить, что большинство тенденций к действию не являются специфичными для той или иной системы действий или ее компонентов. Тенденции к действию могут быть трансформированы и «подключены» в зависимости от цели, на достижение которой они направлены. Например, разные системы для достижения каких-то конкретных своих целей могут использовать бег. Так, например, человек может убежать в поисках безопасного места (защита), состязаться в беге, стремясь первым пересечь финишную черту (игра), бежать к любимому человеку (привязанность). Также и сексуальное поведение может быть направлено на решение разных задач – приятное времяпрепровождение, удовольствие, произведение потомства, близость. В некоторых ситуациях секс может использоваться как защита от угрозы (подчинение насильнику для того, чтобы сохранить жизнь) или как средство в «меновой торговле» (секс в обмен на удовлетворение таких базовых потребностей, как еда, кров, забота). Секс может также использоваться как замещающая тенденция к действию при избегании травматических чувств или воспоминаний.

В случае диссоциации это означает, что одна и та же тенденция к действию может использоваться для достижения разных, порой противоречивых целей диссоциативных частей. Так, для ВНЛ бег может быть разновидностью спортивных занятий, а для АЛ бег представляет собой только лишь средство ухода от опасности. Для ВНЛ секс может доставлять удовольствие и связываться с подлинной близостью, а для АЛ – с принуждением и страхом. В подобных случаях возникает риск, что действия ВНЛ (например, бег, секс) могут реактивировать травматические воспоминания АЛ и связанные с ними действия (бегство от опасности или полное подчинение в сексуальных отношениях, так как прежде это помогало избежать физического насилия), что может оказаться дезадаптивным в ситуации повседневной жизни.

Диссоциативное разделение систем действий

При травматической структурной диссоциации личности нарушается взаимная координация и связь систем действий. В норме между системами действий не существует ни полной обособленности, ни полного взаимопроникновения, так как это привело бы, соответственно, либо к полной ригидности, либо к хаосу (Siegel, 1999). Активность систем действий может разворачиваться только во взаимодействии друг с другом, при этом в данный конкретный промежуток времени одна из систем занимает доминирующее положение с тем, чтобы при изменившихся обстоятельствах уступить его другой системе. Таким образом, нормальное функционирование психики предполагает существование границ между системами. В данном контексте к границам между системами мы относим, например, фильтры восприятия стимулов, степени реципрокного торможения систем (привязанность и защита оказывают друг на друга взаимное тормозящее влияние). Однако при структурной диссоциации границы между системами становятся слишком жесткими и непроницаемыми. Активность диссоциативных частей личности ограничена рамками, заданными констелляцией систем (или подсистем), которыми опосредована та или иная часть личности. Так, для диссоциативной части, активность которой опосредована главным образом системами защиты, близкие отношения с другим человеком (система социального взаимодействия) окажется непомерной задачей, так как цели, на которые направ-

лены действия этих систем, часто оказываются несовместимыми. Кроме того, восприятие стимулов части личности, связанной с защитой, проходит через фильтр, пропускающий только ту информацию, которая оказывается релевантной угрозе, отсекая при этом остальную часть информационного потока, в том числе ту, что относится к возможности получения благ.

При первичной структурной диссоциации разделение личности происходит чаще всего между двумя основными категориями систем действий, относящихся, соответственно, к решению задач повседневной жизни и защиты. В некоторых случаях более сложных форм диссоциации, связанных с хронической травматизацией в детском возрасте, существуют веские причины, по которым две эти системы присутствуют одновременно в разных частях личности, при этом совместная активность этих систем в рамках одной части личности оказывает негативное влияние на адаптацию.

Системы действий, опосредующие ВНЛ

Системы действия, обеспечивающие функционирование в повседневной жизни, обычно принадлежат ВНЛ. Эти системы регулируют деятельность, направленную на приближение к привлекательным стимулам, в том числе при отсроченном или косвенном удовлетворении. Данные системы регулируют следующие виды деятельности: познание мира (в том числе работу и учебу), игру, управление энергетическими ресурсами (сон и питание), привязанность, рождение потомства/сексуальность и заботу – особенно воспитание детей (Cassidy, 1999; Panksepp, 1998). Развитие и созревание всех остальных систем действий происходит в контексте отношений привязанности. Поэтому последствием нарушения привязанности в раннем возрасте может стать последующая дезадаптация в самых разных областях жизни. Именно благодаря отношениям привязанности индивид учится регулировать эмоции и физиологическую активность, что создает условия для базисной стабильности как во внутреннем плане, так и в отношениях с другими людьми.

Конечно, адаптивное функционирование в повседневной жизни требует навыков по распознаванию признаков возможной физической опасности. Однако и в других областях, таких как сферы социального и межличностного взаимодействия, наш внутренний мир, могут действовать факторы, угрожающие целостности нашего я. Решая задачи адаптации, мы стоим перед необходимостью распознавать эти угрозы и справляться с ними. Выполнение этих защитных функций возлагается на ВНЛ. Однако психическая травма может повлечь за собой усиление и закрепление защитных маневров ВНЛ.

Социальная защита. Социальные контакты и отношения с другими людьми могут принести боль разлуки, отвержения или одиночества. Эта боль может стать невыносимой для тех, у кого отсутствует опыт надежной привязанности и безопасности в социальной ситуации из-за того, что в детстве им пришлось пережить пролонгированную психическую травму хронического насилия. Постоянное ожидание катастрофы, которым сопровождается общение с другими людьми, может стать одной из главных причин развития фобий привязанности и других паттернов социального взаимодействия, проявляющихся в особых защитных маневрах системы действий, отвечающей за социальное взаимодействие. В ситуациях, когда значимый другой или социальная группа отвергает индивида, проявляет к нему враждебность или отсутствует по необъяснимым причинам, во внутреннем мире человека, пережившего психическую травму, активизируется последовательность внутренних действий, призванных защитить его от чувства брошенности и отвержения (Gilbert & Gerlsma, 1999; Sloman & Gilbert, 2000). К этим внутренним действиям относятся как общая регуляция субъективно воспринимаемой дистанции и близости в отношениях, так и особые реакции на то, что может происходить при общении с другими людьми и быть истолковано как угроза.

Тенденции к действию социальной защиты связаны с физическими действиями защитного характера и, вероятно, развились из этих тенденций (Gilbert, 1989, 2001). Многие тенденции к действию социальной защиты связаны с психофизиологическими состояниями, подобными тем, что характерны для тенденций защитных действий на физическом уровне: повышенная бдительность, бегство, борьба, оцепенение, подчинение. Например, действия, сопровождающие переживания чувств стыда и вины, такие как отвод взгляда и желание исчезнуть, скрыться буквально или эмоционально, обладают схожими ментальными и поведенческими характеристиками с подчинением и бегством. Утаивание своего истинного я и своих подлинных чувств может быть связано с ранними формами маскировки, которые развивались параллельно со становлением самосознания и потребности в социальном принятии. Открытое переживание таких сильных отрицательных эмоций, как чрезмерная ревность, тревога или ярость, может негативно сказаться на отношении к индивиду со стороны других людей, поэтому внешние проявления сильных эмоций должны быть изменены или устранены. Отрицание представляет собой способ избегания негативных стимулов и защиты от них (например, от осознания того, что партнер проявляет эмоциональную жестокость). Отрицание служит усилению фобий, связанных с травмой.

Социальное подчинение, вероятно, связано с физической защитой полного подчинения. Так, мы можем встретить проявления социального подчинения, которые важны для субъекта как средство выживания: у ребенка в его стремлении убажить и успокоить заботящегося о нем взрослого, который время от времени становится жестоким по отношению к нему, а также у взрослого пациента, когда-то пережившего психическую травму, в его желании угодить своему терапевту. Таким образом, к системам действий, регулирующих функционирование индивида в повседневной жизни (то есть диссоциативным частям ВНЛ), относится не только стремление приблизиться к привлекательным стимулам, но и управление внешним впечатлением, которое индивид оказывает на других людей, а также иные формы социальной защиты, направленные на сохранение отношений привязанности и социального статуса (Gilbert, 2000).

Интероцептивная защита. Кроме защит, направленных на поддержание физической безопасности тела, а также самооценки и внутренней целостности при социальных контактах, существует и третий тип защит. Это защиты от интрапсихических опасностей, – *интероцептивные защиты* (Goldstein & Chambless, 1978). Интероцептивные защиты активируются в ответ на страхи, связанные с теми или иными ментальными действиями. Как отмечалось во введении, в литературе, посвященной психодинамическому подходу, они известны как механизмы психической защиты, к которым относятся, например, расщепление, проекция. Они не только защищают от непереносимых эмоций, мыслей, фантазий, но также действуют как защиты в контексте социального взаимодействия, помогая справиться с тревогой утраты привязанности и социального статуса.

Таким образом, ВНЛ избегает или совершает маневры дистанцирования в отношении вторгающихся травматических воспоминаний, принадлежащих АЛ, вызывающих тревогу мыслей и фантазий, а также чувств и ощущений, относящихся к травматическому опыту. Можно сказать, что эти интероцептивные защитные маневры являются проявлениями фобий травматических воспоминаний и ментальных действий, связанных с травмой. Как и социальные, интероцептивные защиты, вероятно, произошли от базовых физических защит, таких как бегство, которому, например, можно уподобить отрицание, расщепление, подавление, мотивированное забывание и полное подчинение (сужение и понижение сознания). Эти ментальные действия поддерживают и углубляют структурную диссоциацию. Подводя итог вышесказанному, можно сказать, что активность ВНЛ опосредована главным образом системами действий, ориентированными на повседневную жизнь, а также системами, отвечающими за защитные маневры на интрапсихическом уровне и при социальном/межличностном взаимодействии. Мы считаем, что системы, которые осуществляют данные защитные маневры, представляют собой

усовершенствованные в процессе филогенеза базовые системы, связанные с защитой организма на физическом уровне.

Системы действий, опосредующие АЛ

При первичной структурной диссоциации поведенческая система *физической* защиты (см., например: Fanselow & Lester, 1988; Mislin, 2003) преимущественно находится в ведении АЛ и опирается на несколько подсистем, которым необходимо уделить внимание. Во-первых, это сепарационный крик (separation cry), восходящий к вокализации детенышей млекопитающих как реакции на сепарацию от родителя. При помощи этого крика осуществляется попытка преодолеть сепарацию и обрести привязанность, поэтому мы называем его *криком привязанности (attachment cry)*. С другими защитными подсистемами связаны такие виды активности и состояния, как повышенная бдительность, тщательное обследование окружающей среды, бегство, оцепенение и анальгезия, полное подчинение и анестезия, состояния покоя, восстанавливающие силы, уход за раной, изоляция от группы, постепенное возвращение к повседневной жизни (то есть активация систем действий, направленных на повседневную жизнь) (Fanselow & Lester, 1988; Nijenhuis, 2004). АЛ обычно жестко связана с одной или несколькими подсистемами физической защиты.

Ряд авторов, наблюдая сходство защитных реакций на стресс у людей и многих других млекопитающих, связали его с эволюционными параллелизмом (например: Rivers, 1920). В других работах были прослежены связи между паттернами защитных реакций млекопитающих и такими физическими проявлениями диссоциации, как нечувствительность к боли (анальгезия), анестезия, моторное торможение, моторный паралич (Nijenhuis, Vanderlinden & Spinhoven, 1998; Nijenhuis, Spinhoven & Vanderlinden, 1998; Nijenhuis, Spinhoven, Vanderlinden et al., 1998; Waller et al., 2000).

Каждая защитная подсистема контролирует паттерн психобиологических реакций, ориентированный на определенный уровень опасности, в частности, ее близость (Fanselow & Lester, 1988). Оценка уровня опасности может быть выражена через временные и пространственные параметры дистанции, отделяющей индивида и фактор угрозы (то есть дистанцию между преступником и жертвой), а также через оценку защитных возможностей человека (психосоциальное воздействие и физические возможности). Однако, если источником постоянной угрозы является родитель, который всегда находится рядом с ребенком, то активация защитных систем будет происходить одновременно с активацией систем действий, направленных на решение задач повседневной жизни.

Упреждающая защита связана с тревожным состоянием повышенного возбуждения. Она активируется в ситуации потенциальной опасности, например, когда человек оказывается один в незнакомом месте. В подобной ситуации индивид мгновенно прекращает поведение, связанное с обычными делами (происходит деактивация систем, направленных на повседневную жизнь), и концентрируется на тех стимулах, которые он оценивает как возможную угрозу. В этот момент может появиться чувство надвигающейся опасности от неопределенного источника. Если далее происходит распознавание какого-то конкретного стимула как угрожающего, то индивид демонстрирует стартовую реакцию (рефлекс четверохолмия). Для осуществления защитных действий *после воздействия фактора угрозы*

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.