

УДК 159.9 (психология)

## ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ПОСТРОЕНИЯ ТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ОТНОШЕНИЙ С КЛИЕНТАМИ С ТРАВМАТИЧЕСКОЙ ДИССОЦИАЦИЕЙ

**Степанова Ирина Сергеевна**, студент магистратуры; Институт общественных наук; Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации (РАНХиГС); проспект Вернадского, 84, корп. 8; Москва, Россия; e-mail: [irina-stepanova@mail.ru](mailto:irina-stepanova@mail.ru)

### РЕЗЮМЕ

В статье рассматривается ряд проблем в части диагностики психологической диссоциации: статистика травматического стресса, существующие подходы к диагностике, ее основные принципы. Следует отметить, что диагностика диссоциации представляет собой сложную проблему для специалистов, когда даже опыт психолога и формализованные методики не являются гарантом точного определения травматической диссоциации. В настоящей статье ставится проблема диагностики самого феномена диссоциации в практике психолога и других помогающих профессий.

**Ключевые слова:** диссоциация, травматический стресс, диагностика, терапевтический альянс.

Диагностика травматической диссоциации представляется нелегким предприятием для клинического психолога. Во-первых, мало специалистов осведомлено о текущем состоянии дел в этой области психологии. Во-вторых, травматическая диссоциация – родовое понятие для ряда расстройств: от ПТСР до расстройств личности и острой реакции на стресс. Однако для начала целесообразно определиться с терминами: что, в частности, значит феномен диссоциации?

Уход из травмирующей ситуации является нормальной реакцией психики на травматическое переживание. В том случае, когда избежать травмирующей ситуации невозможно, какая-то часть «Я» должна быть удалена, но для того, чтобы это случилось, обычно интегрированное эго должно быть разделено на фрагменты или диссоциировано [1,3]. Диссоциация является нормальной частью защит психики от потенциального ущерба травматического воздействия, как это было продемонстрировано, например, К.Г. Юнгом много лет назад в его экспериментах с использованием теста словесных ассоциаций. Диссоциация является своего рода трюком, который психика разыгрывает над самой собой. Жизнь может продолжаться благодаря уловке, в результате которой непереносимые переживания разделяются и распределяются по различным отделам психики и тела, главным образом, переводятся в «бессознательные» аспекты психики и тела. Это означает, что появляется препятствие интеграции обычно единых элементов сознания (например, когнитивных процессов, аффектов, ощущений, воображе-

ния). Переживание, само по себе, становится прерывистым. Процесс воображения может быть отделенным от аффекта, либо и аффект и образ могут быть диссоциированы от осознанного знания. Время от времени вспыхивают отдельные воспоминания, во время которых переживаются ощущения, которые, на первый взгляд, никак не связаны с поведенческим контекстом. В памяти индивида, чья жизнь была нарушена травматическим событием, появляются провалы, для него становится невозможной вербализация, создание полноценного рассказа о том, что с ним произошло.

Диссоциация как психологический защитный механизм позволяет человеку, пережившему невыносимую боль, участвовать во внешней жизни, но за счет больших внутренних затрат. Внешнее травматическое событие прекращается, и связанные с ним потрясения могут быть забыты, однако психологические последствия продолжают переполнять внутренний мир, и это происходит, как показал тот же К.Г. Юнг, в виде определенных образов, которые образуют кластер вокруг сильного аффекта, названного им «чувственно окрашенным комплексом». Эти комплексы имеют тенденцию вести себя автономно, как пугающие «существа», населяющие внутренний мир; они представлены в снах в образах атакующих «врагов», ужасных злобных зверей, и т. п. [1,4].

Однако возникает вопрос, каким образом специалист может понять, что имеет дело именно с травматической диссоциацией, а не с чем-либо иным?

Первоначальная диагностика хронической

травматизации должна быть всесторонней и систематической, охватывать все сферы жизни и психического функционирования клиента.

О. Ван дер Харт, Э.Р.С. Нейенхюс, К. Стил предлагают осуществлять диагностику в три этапа [5]. Первый состоит в стандартном клиническом обследовании, включающем оценку диссоциативных симптомов. Второй этап посвящен более детальной оценке травматических симптомов и диагностике расстройств, то есть тяжести структурной диссоциации. На первых двух этапах собирается информация, необходимая для постановки точного диагноза и планирования лечения. Третий этап заключается в систематическом анализе структуры, функционирования и истории клиента и диссоциативных частей его личности. В результате прохождения этих разных, но связанных между собой этапов диагностики у специалиста должно сложиться понимание назначения адаптивных и дезадаптивных действий клиента, а также функций и целей различных частей личности. Хотя диагностика обязательна в самом начале интервенции при разработке и корректировке первичного плана консультирования, процедуры оценки необходимо время от времени осуществлять на протяжении всей работы [3,5].

Помимо прочего, при стандартном клиническом обследовании выясняют возможное влияние семейных отношений на возникновение психиатрических проблем клиента, а также паттерны насилия и пренебрежения, которые могут быть прослежены в истории семьи клиента из поколения в поколение. Обязательной частью клинического интервью со всеми клиентами должны стать вопросы о травматических симптомах и потенциально психотравмирующих событиях. Следует отметить, что при тактичном и профессиональном подходе это не должно вызывать повторную ретравматизацию, поскольку не используются техники, вскрывающие воспоминания о травматических эпизодах. Например, пациентке с пограничным личностным расстройством (эмоционально-неустойчивым) мы не будем говорить, что человек экзистенциально одинок, поскольку страх одиночества является одним из центральных симптомов этого расстройства, провоцирующим импульсивные действия, включая самоповреждение. Однако следует помнить, что этот разговор носит предварительный характер, на этом этапе мы получаем только самую общую картину истории жизни клиента, включая опыт переживания психотравмирующих ситуаций. Пока не сложились прочные психотерапевтические отношения, не стоит вдаваться

в детали. Обсуждение подробностей психотравмирующих ситуаций может вызвать сильные негативные эмоции, что нежелательно, если клиент еще не чувствует себя в безопасности в кабинете психолога, если неизвестно, в какой степени он способен справляться со своими аффектами [5].

В то же время расспросы о жизни клиента не должны носить поверхностный и формальный характер, напротив, психолог должен внимательно и вдумчиво исследовать симптомы и саморепрезентации клиента более общего плана для того, чтобы лучше понять его и собрать необходимую информацию для составления плана будущей интервенции. При проведении начального интервью также оцениваются сильные стороны клиента и его ресурсы, в опоре на которые может возникнуть потребность в ходе работы. Кроме того, важно знать, что может поддержать самоуважение клиента, в каких сферах он чувствует себя компетентным [5].

Согласно ряду исследований от 23% и выше среди общей популяции выражены симптомы травматической диссоциации (в частности, симптомы эмоционально-неустойчивого расстройства личности) [2]. Вместе с тем мы не встречали такие же данные в других исследованиях. Вероятно, могут быть вопросы и по процедуре исследования: так, опрос подростков по телефону не может быть надежным источником информации. В то же время и такая цифра может и не вызвать удивления, если к факторам, вызывающим хроническую психическую травму не причислять исключительно физическое или психическое насилие, но и случаи пренебрежения, «нелюбви», заброшенности во внешне благополучных семьях. При этом обычное психиатрическое интервью только в 0,4% случаев определяет наличие расстройств личности вследствие травматической диссоциации, а при применении специальных опросников – 15%.

Таким образом, у большинства клиентов/пациентов практически не остается шансов на получение квалифицированной помощи в части работы с травматической диссоциацией.

То, как психолог узнает о фактах из жизни пациента, само по себе является психотерапевтическим вмешательством. Специалист должен быть очень внимателен к нюансам поведенческих и физиологических реакций клиента во время диагностической беседы, отслеживая признаки гипер- и гиповозбуждения, а также проявления диссоциативных симптомов, таких как аффективные колебания, выражения гнева, критики. Так как гипер-

и гиповозбуждение являются признаками нарушения равновесия в психической сфере, то уже в начале диагностической сессии психолог помогает клиенту в оптимизации этого баланса: здесь могут использоваться техники релаксации, например, для нормализации биологических ритмов – сна и бодрствования [5].

Исследователь Питер Левин полагает, что реакция на острый стресс (в частности, в форме ПТСР) является природно заданной. Как следствие, для избежания негативных последствий целесообразно естественным и мягким образом трансформировать симптомы травмы. Однако в случае серьезной, хронической травматизации у личности должно быть достаточно ресурсов для преодоления последствий травматического стресса. Если личность адаптирована в социуме, то далеко не всегда необходимо вскрывать травматические эпизоды и прорабатывать их: это может нарушить адаптацию личности. Для работы с травматическими воспоминаниями у личности должно быть достаточно энергии и высокий уровень психического функционирования.

Особое внимание психолог должен уделять темпу расспроса клиента о травматическом опыте и диссоциативных симптомах. Так как поведение клиентов, страдающих от последствий психической травмы, во многом определяется избеганием, то слишком прямые и преждевременно поставленные вопросы могут вызвать у клиента чувство опасности, привести к декомпенсации или решению отказаться от продолжения психотерапии. Если же специалист вовремя распознает и правильно реагирует на проявления диссоциации и выраженные изменения состояния сознания у клиента, то это способствует росту уверенности и чувства безопасности у клиента. Так клиент постепенно приходит к пониманию, что консультирование представляет собой нечто большее, чем простое повторение болезненных переживаний травматического опыта, что в психотерапевтических отношениях он найдет сочувствие и поддержку, когда он находится во власти пугающих переживаний, которые вызывают замешательство и стыд [4,5].

Таким образом, действия психолога во время первых сеансов имеют критическое значение для последующего психотерапевтического процесса.

Что касается терапевтических отношений, то здесь следует ориентироваться на общие принципы работы с хронической травмой, поскольку в этом случае соблюдаются все меры предосторожности и реализуется принцип «не навреди».

Обязательные характеристики психолога – сострадание, настойчивость, терпение, вера в ответственность терапии, превосходящая убеждение пациента в ее неэффективности, а также некоторая готовность к риску.

Крайне важно добиться согласия относительно целей и общих психологических процедур между психологом и клиентом еще до начала консультирования/психотерапии. На этом этапе психолог должен привлечь внимание клиента и добиться его заинтересованности в работе именно с этим специалистом, этот этап называется комплаенсом или психотерапевтическим альянсом. Именно комплаенс, а не выбор тех или иных стратегий и техник, позволяет развиваться прогрессу в психотерапии. Он является фундаментом, без которого невозможно продвинуться в нелегком деле психотерапии психической травмы.

#### ССЫЛКИ

- [1] *Калшед Д.* Внутренний мир травмы. М., 2015.
- [2] *Ласовская Т.Ю.* Опросник для диагностики пограничного расстройства личности // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 2.
- [3] *Тарабрина Н.В.* Психология посттравматического стресса. М.: Институт психологии РАН, 2009.
- [4] *Howell E.F.* The Dissociative Mind. Routledge, 2005.
- [5] *Van der Hart, Ellert Nijenhuis, Kathy Steele* The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. New York/London: W.W. Norton & Cie, 2006.

#### FEATURE OF DIAGNOSIS AND FORMING OF THERAPEUTIC ALLIANCE WITH PATIENTS WITH TRAUMATIC DISSOCIATION

**Irina S. Stepanova**, student, Department of Acmeology and Professional Psychology, Faculty of Psychology, Institute of Social Science; Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration (RANEPA); 84/8 Vernadskogo Prospect, Moscow, Russia, 119606; e-mail: [irina-stepanova@mail.ru](mailto:irina-stepanova@mail.ru)

#### ABSTRACT

The article deals with a number of problems in the diagnosis of psychological dissociation: the statistics on traumatic stress, the existing approaches to diagnosis, its basic principles. It should be noted that the diagnosis of dissociation is a complex problem for specialists, when even the experience of a psychologist and formalized methods are not a guarantee of an accurate definition of traumatic dissociation. The present article poses the problem of diagnosing the very phenomenon of dissociation in the practice of a psychologist and other helping professions.

**Key words:** professional stress in the call-center), the work of the psychologist in the call-center, the development of stress resistance.

**REFERENCES**

- [1] [1] *Donald Kalsched* The Inner World of Trauma: Archetypal Defences of the Personal Spirit (Near Eastern St.; Bibliotheca Persica)
- [2] *LASOVSKAJA T. Yu.* The Questionnaire for the diagnosis of borderline personality disorder form "A" // Consultant Psychology and Psychotherapy. 2014. № 2.
- [3] *Tarabrina N.V.* The Psychology of posttraumatic stress. Moscow, The Institute for Psychology of Russian Academy of Sciences, 2009.
- [4] *Howell E.F.* The Dissociative Mind. Routledge, 2005.
- [5] *Van der Hart, Ellert Nijenhuis, Kathy Steele* The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. New York/London: W.W. Norton & Cie, 2006.