

Н.В. Дякина

**Диссоциация и расстройство множественной личности
как следствие перенесенных психических травм в детском
возрасте**



Мичуринск

2020

Автор:

Дякина Наталия Викторовна – медицинский психолог I квалификационной категории ТОГБУЗ «Мичуринская психиатрическая больница».

Рецензент:

Загузова Татьяна Александровна – детский психолог ТОДКБ, кандидат психологических наук.

Благодарность всем, кто на различных этапах работы над книгой оказывал содействие и помощь.

Особая благодарность пациентке, проявившей доверие и терпение за годы совместной работы и предоставивший материал для этой книги.

Посвящается великому человеку - Эдмунду Георгиевичу Эйдемиллеру – Беседы с которым с подвигли меня на написание этой книги.

Предисловие

Анализируя собственный опыт работы медицинским психологом психиатрической больницы и опыт коллег, консультирующих детей и подростков, а также выпускников среднеспециальных и высших учебных заведений, за последние 15 лет, невозможно не отметить рост числа обращений, связанных с переживанием различной степени выраженности психотравмирующих ситуаций. Практически в каждом учебном заведении в штате работает педагог-психолог.

Все чаще в новостях появляются страшные в своей жестокости сюжеты расправы учащихся учебных заведений с одноклассниками или учителями. Специалисты в области психологии и психиатрии, анализируя анамнез жизни таких подростков, усматривают личностные изменения, сигнализирующие о наличии психологических проблем: как правило, это дети, пережившие целую череду психологических и психических травм.

Педагоги, наблюдающие детей ежедневно, могут и должны делать заявку педагогическим психологам на индивидуальную работу с ребенком, едва только усмотрев некие признаки изменения поведения. Педагог-психолог, в свою очередь, должен обладать элементарными знаниями клинической (медицинской) психологии для диагностики актуального психического состояния ребенка, своевременного направления его к узким специалистам и последующего психолого-педагогического сопровождения его в случае необходимости.

Таким образом, актуальность данного методического пособия определилась потребностями и запросами современного общества и современной реальностью.

Целевая аудитория, на которую рассчитывает автор – студенты психологических факультетов, педагоги, педагогические психологи, воспитатели дошкольных учреждений, практикующие психологи.

Введение

Случай 1.

На прием к медицинскому психологу врачом-психиатром направлена девушка (19 лет). Обратилась за помощью с жалобами на частые кошмарные сновидения по типу «флэшбек», содержание снов раскрывать отказывается. Из анамнеза известно, что пациентка пережила тяжелую психическую травму – в течение нескольких месяцев подвергалась сексуальному и физическому насилию, как смогла освободиться – не помнит. Сам изъявила желание назначить ей индивидуальные занятия с психологом. Сеансы посещала исправно, однако первую сессию (10 занятий) в работу не включалась, от беседы отказывалась, просила разрешить посидеть в кабинете в тишине.

Случай2.

Отец – сотрудник органов исполнительной власти - привел к психологу 14-летнего сына по направлению от школьного психолога. Мальчик держится напряженно, ни с кем, кроме младшей сестры не разговаривает больше месяца; исправно посещает школу, но на уроках молчит, заданий не выполняет, с учителями и одноклассниками никак не контактирует. Посетили 2 сеанса семейного консультирования, где младшая сестра рассказала о частых конфликтах родителей и о запрете детям выходить из своих комнат, когда у отца выходной. После чего от дальнейшей работы отказались.

Случай3.

На приеме у детского психиатра родители с сыном второклассником, который совершил суицидальную попытку. Мальчик с первого класса жаловался родителям на одноклассника, который подкарауливал его после уроков, избивал, отбирал деньги. Попытки родителей поговорить с родителями мальчика, учителем и администрацией школы не увенчались успехом, скорее наоборот,

усугубили ситуацию. После того, как его заставили пить воду из школьного унитаза, мальчик пришел домой и выпил уксус.

Случай 4.

Женщина 48 лет, с диагнозом «хроническая депрессия». С детства чувствовала себя ненужной, постоянно старалась «заслужить» внимание и любовь матери. Обратилась на консультацию по поводу своих взаимоотношений со взрослой дочерью, которая устраивает свою жизнь, «бросив мать».

Все эти случаи объединяет то факт, что обратившиеся за помощью люди перенесли травмы. Разные по степени выраженности, имеющие разные последствия, и по-разному были восприняты окружающими.

К сожалению, подобные истории не редкость в практике, скорее, наоборот, можно отметить неуклонный рост таких историй. Специалисты, работающие с детьми должны понимать глубину последствий подобных переживаний в детском возрасте и осознавать возможность развития серьезных психических нарушений при отсутствии должного внимания к проблеме психических травм у детей.



I. Понятие и определение травмы

Термин психологическая травма широко применяется во многих аспектах психологической науки и практики, поскольку внимание теоретиков и практиков в области психологии с конца 80-х годов было привлечено посредством кризисной психологии, которая активно развивала теорию посттравматического стрессового расстройства. С точки зрения теории ПТСР, травма расстраивает нормативную организацию психики и вводит ее в клиническое или пограничное состояние.

Швейцарские ученые конца XX века считают, что психологическая травма имеет свойство отражаться на генетическом коде человека, т.е. передаются по наследству. С точки зрения

педагогики, человек, находящийся в состоянии душевного разлада, диссонанса, испытывающий душевную боль вследствие психологических страданий, не может дать ребенку необходимой для психологического благополучия заботы, а передает ему свою боль, страх, тревогу. Исходя из любой из этих двух теорий, генетическая цепочка человека XXI века отягощена войнами, чрезвычайными ситуациями, терактами и революциями, что подкрепляет интерес психологов практиков к изучению ПТСР.

Научно-практический интерес психологов к травмам вполне оформлено прозвучал еще в работах З. Фрейда. Не смотря на многолетнюю работу в научно-практическом изучении вопроса, споры исследователей продолжаются, единой точки зрения пока не найдено, остается открытым вопрос влияния психотравм на развитие личности.

В психоаналитической концепции травма рассматривается как глубокие и мучительные переживания человека, вызванные какими-либо событиями в его жизни, а также предельные накопления возбуждений, с которыми он не может справиться или которые частично преодолеваются посредством бессознательных механизмов защиты, ведущих к образованию невротических симптомов.

Большая энциклопедия по психиатрии определяет травму так: «греч. *trauma* – повреждение) – любой ущерб, нанесённый индивиду прямым или косвенным внешним воздействием, как физическим, так и психологическим»[2].

Большой психологический словарь предлагает такое определение тарвмы: «органическое повреждение или душевное потрясение, сопровождающиеся нарушением функциональной деятельности человека и способные привести к патологическим изменениям в нем»[5].

А.В.Петровсий и М.Г.Ярошевский рассматривают травму как «вред, нанесенный психическому здоровью человека в результате интенсивного воздействия неблагоприятных факторов среды или остроэмоциональных, стрессовых воздействий других людей на его психику»[6].

По DSM-IV (AmericanPsychiatricAssociation, 1996) [1], травматическое событие имеет место тогда, когда оно связано со смертью или угрозой таковой, тяжелым ранением или какой-то другой угрозой физической целостности; причем данное событие может затрагивать непосредственно самого человека или проявляться косвенно - через близких лиц. Однако, иногда травма возникает вследствие того, что человек становится сторонним свидетелем опасности, угрожающей совершенно чужому человеку.

Не смотря на разные подходы и взгляды к изучению вопроса, все исследователи сходятся в понимании, что травма являет собой события, накладывающие отпечаток на дальнейшую жизнь человека, затрагивающие значимые сферы жизнедеятельности и ведущие к глубоким психологическим переживаниям, что, в свою очередь, может стать точкой манифестации расстройства адаптации, постстрессовых расстройств и других, более сложных расстройств и заболеваний.

II. Градация психической и психологической травмы

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

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

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

Специалистам, работающим в кризисной и клинической психологии, психотерапии кризисных состояний важно понимать и разграничивать понятия «психической» и «психологической» травмы,

не допуская их подмены, а, следовательно, и в полной мере оценивать ущерб, нанесенный человеку пережитым негативным событием.

III. Диссоциация как защитный механизм при тяжелых психических травмах

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

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

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

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

От рождения каждый человек имеет предпосылки для возникновения диссоциативного расстройства личности, поскольку

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

Таким образом, можно сделать вывод, что диссоциация – есть форма психологической защиты, не применяемая в обычных условиях. Подобная форма защиты используется при тяжелых эмоциональных ситуациях по форме «как будто это происходило не со мной».

Переживая ситуацию как бы со стороны, ребенок получает возможность трезво оценивать ее, переживать негативную ситуацию в состоянии эмоциональной собранности и контроля над собственными действиями, в чем собственно и заключается адаптивная функция диссоциации. Обеспечивая способность здравооценить любую ситуацию, диссоциация зачастую блокирует возможность адекватно оценить эмоциональную её составляющую.

IV. Феноменологические аспекты диссоциации

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Как правило, забытая информация связана с идентичностью индивида и касается его имени, возраста, семейного положения, информации о роде его деятельности, а также истории его жизни. При

этом остается неповрежденной способность индивида к воспроизведению совокупности общих знаний, что является основным признаком, отличающим психогенную амнезию от расстройств, обусловленных органическими причинами, при которых прежде всего забывается информация общего свойства, а способность воспроизведения личной информации утрачивается в последнюю очередь. Обычно индивиды, страдающие психогенной амнезией, осознают, что они не могут вспомнить важную личностную информацию, хотя они могут демонстрировать классическую «прекрасное безразличие» в отношении своих симптомов.

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

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

Известный случай фуги описан Уильямом Джеймсом в 1890 году:

«17 января 1887 года священник АнселБурн из Грина, штат Род-Айленд, снял со своего счёта в банке в Провиденсе \$551, которые он должен был уплатить за участок земли в Грине, оплатил несколько счетов и сел в конный экипаж, направлявшийся в Потакет. Это было последнее событие, которое он помнит. В этот день он не вернулся домой, и о нём ничего не было слышно в течение двух месяцев. В газетах поместили объявление о его розыске, но полиция, подозревавшей, что совершено какое-то преступление, не удалось определить его местонахождение. Однако утром 14 марта в Норристауне, штат Пенсильвания, человек, называвший себя А. Дж. Брауном, который шестью неделями раньше взял в аренду небольшой магазин, заполнил его канцелярскими принадлежностями, кондитерскими изделиями, фруктами, мелкими товарами и вёл всё это время скромную торговлю, не давая повод окружающим заметить что-то необычное, проснулся в испуге, позвал соседей по дому и попросил их сказать ему, где он находится. Он сообщил, что его зовут АнселБурн, что ему ничего неизвестно о Норристауне, что он ничего не понимает в торговле и последнее, что он помнит, — ему казалось, это было только вчера, — это то, как он брал деньги в банке в Провиденсе... Он был очень слаб, по-видимому, потеряв в весе более 20 фунтов за время своей эскапады, и пришёл в такой ужас от мысли о кондитерском магазине, что отказался там больше появляться.»

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

В 1985 году журналистка Робертс внезапно исчезла. Ее поиски продолжались целых 12 лет, после чего она была обнаружена на Аляске, правда, сама женщина утверждала, что ее имя Ди, она

работала дизайнером и имела 4 детей. Но психиатры постановили, что девушка находится в состоянии фуги и амнезии.

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

Деперсонализация приобретает характер психического расстройства, если пациент переживает один или несколько эпизодов, в которых состояние деперсонализации вызывает значимые нарушения социального функционирования, либо состояние дистресса. Деперсонализация является состоянием измененного самовосприятия, когда человек утрачивает чувство реальности в отношении самого себя, он словно погружен в сон, воспринимает себя как некий механизм или ощущает себя мертвецом, каким-то образом отчужден от себя или как-то иначе существенным образом отличается от себя в обычном состоянии. При этом могут иметь место сенсорные нарушения, например, анестезии, парестезии, изменение восприятия размеров тела или отдельных частей тела, макроскопия или микроскопия, а также состояния, характеризующиеся тем, что он воспринимает себя как бы находящимся вне собственного тела и наблюдающим самого себя с некоторого расстояния или из некоторой точки пространства, расположенной над ним.

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

Человек также иногда испытывает состояние пассивного влияния, выражающееся либо в чувстве тотального контроля над ним,

либо в чувстве утраты контроля за отдельными функциями (например, речи), которые начинают действовать «сами по себе».

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

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

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

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

«Настя, 13 лет. Стала жаловаться родителям на то, что «видит все как сквозь полупрозрачную пленку или через какое-то марево». В дальнейшем у девочки появилось ощущение, что она «находится словно в тумане», «не воспринимает цвета окружающего мира — они не оставляют отклика в душе». Не могла почувствовать вкуса пищи — «ем будто бы сено или солому, никакого удовольствия от еды больше не испытываю». Подобное состояние длилось около месяца, затем внезапно прошло. Через несколько дней стала говорить о том, что «не различает холода и тепла», «не может на ощупь понять, гладкий предмет или шероховатый — я умом понимаю, я же

смотрю, но руки не чувствуют». Появилось чувство, что «хронически не высыпается» — «лежу всю ночь, а сна как не бывало, и так уже несколько недель» (со слов родителей, девочка хорошо спала все время). Следует заметить, что чем младше ребенок, тем беднее вербальное выражение деперсонализационных переживаний, что существенно затрудняет диагностику. В некоторых случаях картина деперсонализационных расстройств все же достаточно типична. Приводим характерное наблюдение депрессивно-деперсонализационного синдрома, развившегося на фоне затяжной респираторной инфекции у ребенка младшего дошкольного возраста.

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

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

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

V. Расстройство множественной личности

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

Множественная личность — это хроническое расстройство, у которого в отличие от других диссоциативных расстройств в соответствии с классификацией DSM-III/DSM-III-R нет определенных временных границ [1]. При отсутствии должного лечения человек оказывается вынужденным молча страдать всю жизнь.

После нескольких лет работы и попыток разобраться в ситуации, пациентка рассказала, что в ее голове находится

«коммуналка», густо заселенная разными людьми, каждый из которых живет своей жизнью, своими интересами.

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

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

В основе синдрома множественной личности лежит процесс диссоциации, при котором отмечается отчетливое разделение сегментов личности. В разные временные промежутки сознанием управляет разный сегмент личности, получивший название «альтер-личность». Как правило, переходы от одной личности к другой происходят достаточно внезапно, но при внимательном отношении к пациенту специалист имеет возможность отметить эпизоды переключения. Уолтер Франклин Принц в 1917 году описывал клинический случай пациентки с МРЛ: *«В данном случае предвестником, указывающим на скорую смену личностей, всегда был определенный тип движения; автору неизвестно, наблюдалось ли нечто подобное у других пациентов. Это движение представляло собой внезапное резкое подергивание или покачивание головой, иногда имевшее характер почти незаметной судороги, иногда перерастающее в содрогание, сотрясающее все тело пациентки. Это движение было более выражено при переходе от менее развитой к*

более развитой личности и вообще говоря обычно сопровождало переход от М. к R. D. (Prince W.F., 1917).

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

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

Особенностью таких переключений является тот факт, что главная личность пациента не осознает наличие других личностей,

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

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

Рис. 1 Таблицы баллов опросника Мини-мулт.

Шкала	Т-балл
1 (Hs) <u>Ипохондрия</u>	42
2 (D) <u>Депрессия</u>	46
3 (Hy) <u>Истерия</u>	42
4 (Pd) <u>Психопатия</u>	77
6 (Pa) <u>Паранойяльность</u>	72
7 (Pt) <u>Психастения</u>	51
8 (Sc) <u>Шизоидность</u>	70
9 (Ma) <u>Гипомания</u>	57
(L) <u>Ложь</u>	46
(F) <u>Достоверность</u>	80
(K) <u>Коррекция</u>	51

(результаты, полученные при диагностическом исследовании главной личности)

Шкала	Т-балл
1 (Hs) <u>Ипохондрия</u>	78
2 (D) <u>Депрессия</u>	84
3 (Hy) <u>Истерия</u>	84
4 (Pd) <u>Психопатия</u>	72
6 (Pa) <u>Паранойяльность</u>	66
7 (Pt) <u>Психастения</u>	77
8 (Sc) <u>Шизоидность</u>	74
9 (Ma) <u>Гипомания</u>	74
(L) <u>Ложь</u>	38
(F) <u>Достоверность</u>	75
(K) <u>Коррекция</u>	42

(таблица результатов исследования альтернизирующей личности).

Этим же личностям была предложена проективная методика Сонди для диагностики содержания и структуры побуждений, оценки эмоционального состояния и личностных качеств. На рис. 2 приведена таблица результатов ведущих характерологических особенностей диагностируемых личностей.

Рис. 2 Таблица результатов проективной методики Сонди.

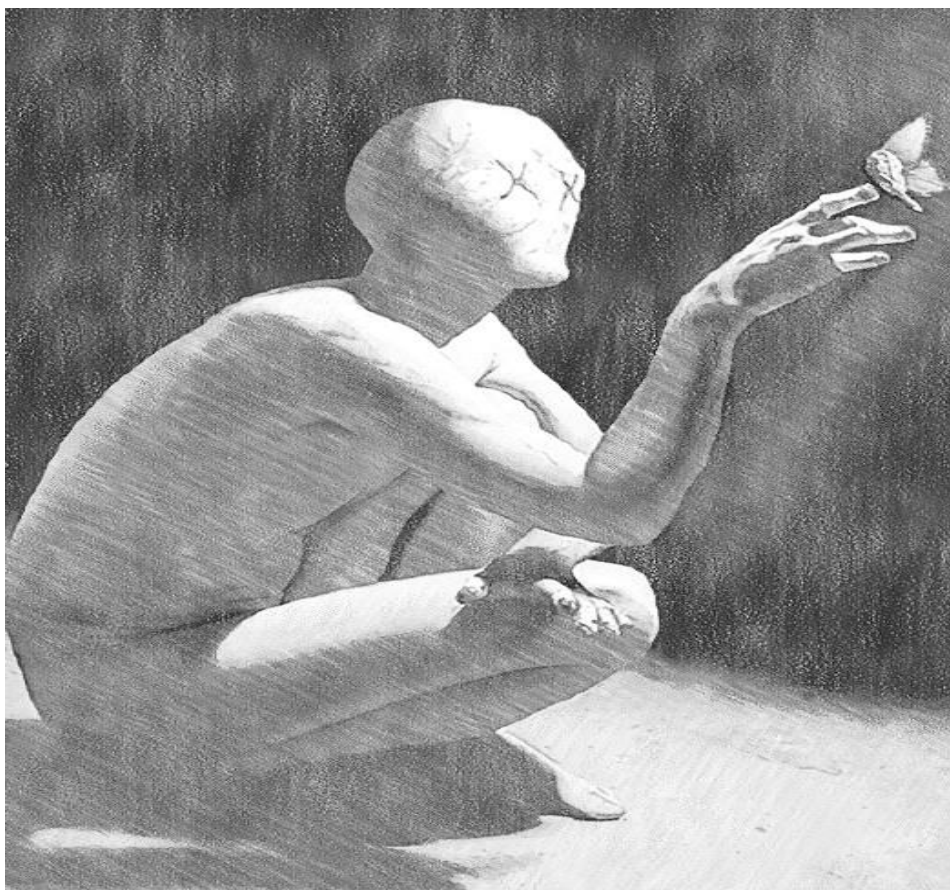
	Главная личность	Альтер-личность
Вектор S	Доминирование, агрессия, садизм, с инфантильным способом удовлетворения любви.	Напряженность с деструктивной потребности тенденцией к проявлению самоконтроля. Эмоциональная неустойчивость.
Вектор P	Эгоистичность, враждебный настрой у практичного человека, страдающего ревностью и подозрительностью, вспыльчивого и раздражительного, но способного контролировать себя в серьезных ситуациях.	Сензитивный страх, раздвоенность совести, затруднены контакты с окружающими, что может проявляться аффективными разрядами.
Вектор SCH	Наряду с выраженной интровертностью отмечается высокий	Настороженность и подозрительность, не поддающаяся

	уровень притязаний. Черты нарциссизма. Стремление к всеобладанию и обогащению.	самоконтролю в силу слабой интегративной функции «Я».
Вектор С	Полная двойственность в сфере контактов. Сочетание чрезмерной коммуникабельности с замкнутостью.	Нерешительность в налаживании социальных контактов, преодолеваемая выраженным стремлением к поиску объекта привязанности.
Характерологические особенности	Решительность, жесткость, предприимчивость, лидерство, эгоистичность, властность, низкий уровень эмпатии, воинственный характер, агрессивность.	Дистантность, ранимость, повышенная сензитивность, стремление к избеганию ответственности, впечатлительность, эстетическая ориентированность, жертвенность и альтруизм.
Личностные свойства	Высокий уровень мотивации достижения,	Мягкость, внутренняя тревожность, неустойчивое

	активность, агрессивность. Бурное внешнее проявление эмоций в сочетании с легковесностью.	настроение. Избегание конфронтации неуспеха. Чрезмерно глубокое переживание эмоций.
Особенности	Импульсивные поведенческие реакции. Защитный механизм – вытеснение.	Блокировка и пассивное поведение. Защитный механизм – избегание.

Т.о., результаты полученных диагностических исследований подтверждают наличие разительных отличий альтер-личностей по психологическим модальностям.

Не смотря на многолетний интерес специалистов к изучению диссоциации, методологической базы для диагностики диссоциативного расстройства до настоящего момента так и разработано. Фрэнк Патнем, обобщая имеющийся диагностический опыт исследователей, достаточно подробно описывает попытки применения тестовых методик и неоднозначных трактовок полученных результатов.



VI. Краткое описание истории развития РМЛ на примере пациентки В.

Из анамнеза известно, что девочка воспитывалась в приемной семье. Рождена в неблагополучной семье – достоверных сведений о биологических родителях нет, мать после рождения ребенка начала вести асоциальную жизнь, злоупотребляла алкоголем и ПАВ, в младенческом возрасте оставила ребенка на попечение бабушки. Далее до двухлетнего возраста девочка жила с родной бабушкой. После того, как у бабушки случился инсульт, двухлетний ребенок провел несколько дней с обездвиженной бабушкой в запертом доме. Позже ребенка усыновила бездетная семья.

Развитие до 6 лет без каких-либо особенностей. Девочка принимала активное участие в мероприятиях в детском саду, в детском коллективе занимала лидирующие позиции, отличалась повышенной

коммуникабельностью. В шестилетнем возрасте начали отмечаться эпизоды «странного поведения»: время от времени ребенок начал сторониться общения, разговаривала с куклой, спрятавшись ото всех, при этом через некоторое время снова становилась прежней (*в ходе терапии стало известно, что подобное поведение появилось вследствие развратных действий со стороны отца - домогательства*).

Запуганный отцом шестилетний ребенок не нашел иного выхода, как начать разговаривать с куклой, воображая ее своей подругой, пытаясь найти защиты. По мере нагнетания травмирующей ситуации, запустился защитный механизм – диссоциация.

Разговоры девочки с куклой, как с живым человеком, пугали родственников, в результате чего игрушка «бесследно пропала». Ребенок тяжело переживал потерю «единственного друга», что, несомненно, стало еще одной травмирующей ситуацией в общей череде жизненных психических травм. Именно в этот момент изменения в поведении девочки стали более отчетливыми: окружающие стали отмечать, что временами «ее словно подменяли». Ребенок стал «врать» - говорить, что она не делала чего-то, что не помнит недавних событий, непосредственным участником которых она являлась.

В возрасте 8-9 лет отец привел в дом друга, имевшего криминальное прошлое (осужден за развратные действия в отношении несовершеннолетней), стал часто поручать дочери что-то передать ему, отправляя девочку одну к нему домой, в результате чего ребенок пережил сексуальное насилие, которое продолжалось на протяжении нескольких лет. Не получая помощи и поддержки от взрослых, ребенок начал предпринимать попытки защитить себя от насилия в попытках отказаться от проявления женственности: выбор одежды в

пользу брюк и широких рубашек, предпочтение мальчишеских интересов и видов спорта. Однако подобное поведение стало поводом для недовольства и критики со стороны учителей, с публичным порицанием при всем классе, что в свою очередь дало почву для неприятия и травли в детском коллективе.

В подростковом возрасте в качестве защиты стала проявляться склонность к девиантному поведению: девочка начала проводить вечера, бесцельно слоняясь по городу, заводя случайные знакомства, употреблять алкоголь и ввязываться в уличные драки с молодыми людьми. Результатом подобного времяпрепровождения стало групповое изнасилование случайными знакомыми.

По окончании школы девушка уехала в другой город в надежде поменять свою жизнь, освободиться от страданий. Результатом этой поездки стало знакомство с психически нездоровым человеком, который в течение долгого времени удерживал девушку у себя, насиловал и физически издевался, нанося порезы и ожоги на тело. Сколько времени она там провела, и каким образом смогла освободиться, пациентка так до сих пор и не смогла вспомнить. Однако, вернувшись домой после этого эпизода своей жизни стала отчетливо понимать, что страдает «провалами в памяти», что стало поводом детально следить за временем, делать для себя «хронологические зарубки», стараясь отследить, сколько времени она «потеряла».

Пытаясь справиться с мучившими ее воспоминаниями и нежеланием жить, девушка впервые пришла на консультацию к клиническому психологу. Этот визит стал началом многолетней сложной работы по диагностике актуального состояния пациентки.

Помимо сопротивления, которое проявлялось со стороны замещающих личностей, неполного обладания информацией вследствие диссоциативной амнезии, сама пациентка, опасаясь выставления психиатрического диагноза, неполностью высказывала свои жалобы и ощущения в течение длительного времени, что сильно усложняло диагностический процесс. В первые годы работы сессии часто прерывались внезапными исчезновениями пациентки на несколько месяцев, как позже выяснилось, это были эпизоды диссоциативной фуги. На установление полного доверия ушло около трех лет, после чего пациентка начала раскрывать факты своей жизни и описывать свое состояние и происходящие с ней «странные вещи» без утайки. Так, например, стало известно, что нередко девушка находит у себя новые вещи, не помня, как приобретала их, хотя близкие настаивали, что это был ее выбор и ее приобретение. Временами на письменном столе обнаруживались записки, адресованные пациентке, непонятного для нее содержания, в телефонной книге появлялись новые незнакомые контакты. По наблюдениям самой пациентки эти ситуации всегда были сопряжены с «временными дырами». Чуть позже девушка обнаружила принадлежности для рисования, открыв для себя, что сама того не помня, рисует. Позже стало известно, что художественными способностями обладает одна из альтер-личностей, а оставляемые ею рисунки были способом заявить о себе.

На сегодняшний момент нам известно о существовании более чем двадцати альтер-личностей пациентки, некоторые из них активно сотрудничают с психологом, помогли восстановить хронологический порядок истории жизни пациентки. Каждая замещающая личность выполняет функции защитника главной личности и появляется в тот момент, когда главная личность оказывается в ситуации, отдаленно напоминающей прошлый травматичный опыт.

В ходе работы пациентка смогла осознать свое состояние и принять факт наличия замещающих личностей, перестала избавляться от вещей, происхождение которых не помнит, стала спокойнее воспринимать ситуации, когда ей говорят о ее собственных действиях, которые она сама не помнит. Достигнуты договоренности с альтерличностями о невмешательстве в личную жизнь главной личности. Пациентка самостоятельно управляет процессом переключения.



VII. Особенности работы с пациентом с диссоциативным расстройством личности

Специалисты, работающие с пациентами с диссоциативным расстройством личности, отмечают, что подавляющее большинство в прошлом были жертвами сексуального, физического или эмоционального насилия, а следовательно, жизнь их наполнена секретами и тайнами, которые они зачастую не раскрывают не только окружающим, но и самим себе. Самым важным и трудным этапом в

работе с такими пациентами является доверие. Именно установление терапевтического альянса становится первым этапом терапевтической работы по интегрированию личности пациента.

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

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

Работа с пациентами с РМЛ требует от специалиста предельного внимания к внешним особенностям поведения пациента, к особенностям лексики и мимики. Поскольку переключение, т.е. процесс смены одной альтер-личности на другую, является основным поведенческим феноменом РМЛ, специалист должен уметь замечать момент переключения и распознавать альтер-личности по их индивидуальным характеристикам. В описанном автором клиническом случае моменту переключения предшествовало застывание взгляда в одной точке на несколько секунд, поэтому в ходе сеанса от специалиста требовалось пристальное внимание, контакт «глаза в глаза». Подобная сосредоточенность на малейших изменениях особенно важна на первых этапах работы, когда специалист еще не достаточно хорошо изучил поведенческие особенности альтер-личностей и не может по ним быстро определить факт переключения.

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

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

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

Как правило, главные личности проявляют попытки подавить альтер-личности, применяя различные попытки недопущения переключения, опасаясь, что полностью утратят контроль над телом, «не смогут вернуться». Подобное подавление не может быть абсолютным. А проявление давления в отношении альтер-личностей провоцирует у них реакцию отыгрывания. Относительный контроль над переключением становится возможным только при условии принятия главной личностью факта существования альтер-личностей с последующей договоренностью и учетом интересов всех составляющих личностной системы.

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

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

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

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

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

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

проявляется в отказе от дальнейшей работы и желании сохранить свою множественность.

Заключение

Работа с диссоциативными расстройствами – длительный и трудоемкий процесс, энергозатратный как для самого пациента, так и для специалиста, сопряженный с рядом испытаний и глубоких эмоциональных переживаний.

Даже после успешной проработки старых психических травм и последующей интеграции личностной системы пациент долгое время сохраняет нестабильность: без длительной психологической поддержки сохраняется высокая вероятность рецидива или появления новых альтер-личностей как привычная форма совладания со стрессом. После завершения интеграции личностной системы пациент нуждается в помощи по реорганизации и восприятию новой личностной системы, необходимо перестроить систему важных и значимых взаимоотношений.

Не смотря на то, что в ходе основной части работы отреагирование и проработка прошлого травматического опыта проводилась поэтапно по мере открытия воспоминаний, после интегрирования пациент долгое время переживает ретроспективное целостное восприятие всех своих переживаний, на смену фрагментарности приходит целостное восприятие собственного прошлого. В этот период пациент нуждается в помощи специалиста в интеграции всей истории своей собственной жизни с новым самовосприятием.

После проведения даже частичной интеграции пациент сталкивается с новым для него проблемой – принятие ответственности. Множественность позволяла пациенту успешно игнорировать ответственность за свои поступки. В освоении этого нового пациент также нуждается в поддержке и помощи психолога.

Несмотря на успехи, достигнутые в ходе коррекционных и психотерапевтических работ, риск рецидива или появления новой альтер-личности в ответ на стрессовые ситуации у пациента сохраняется достаточно высоким в течение длительного периода его жизни.



PS: уже в момент работы над данным пособием в жизни пациентки, случай которой лег в основу книги, произошла конфликтная ситуация с преподавателем, которая спровоцировала активизацию альтер-личности с агрессивными чертами, склонной частым эксплозивным разрядам неконтролируемой агрессии.

Список литературы

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-5, DSM-V). Washington, DC : London : American Psychiatric Association, 2013. — 970 p. — ISBN 978-0-89042-554-1. — ISBN 978-0-89042-555-8.
2. Большая психологическая энциклопедия : самое полное современное издание : Более 5000 психологических терминов и понятий / [А. Б. Альмуханова и др.]. — М. : Эксмо, 2007. — 542, [1] с. : портр. — ISBN 978-5-699-20617-9.
3. Детская психиатрия. Учебник / Под ред. Э. Г. Эйдемиллера. — СПб.: Питер, 2005. — 1120 с.
4. Екатеринина, А. А. Влияние детской психической травмы на взрослую жизнь / А. А. Екатеринина. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2020. — № 10 (300). — С. 213-215. — URL: <https://moluch.ru/archive/300/67810/> (дата обращения: 22.08.2020).
5. Зинченко, В. Большой психологический словарь / ред. Б. Мещеряков, В. Зинченко. - М.: АСТ, 2009. - 816 с.
6. Краткий психологический словарь/Составители: Л.А. Карпенко, А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский, 1998 год
7. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клинические описания и указания по диагностике: Классификация психических и поведенческих расстройств. М.: Сфера, 2005. — 308 с. — ISBN: 966-8782-08-9.
8. Менделевич В. Д. Клиническая (медицинская) психология: Учебник. — М.: Медицина, 1995.

9. Патнем Фрэнк В. Диагностика и лечение расстройства множественной личности / Пер. с англ. – М.: «Когито-Центр», 2004. – 440 с. (Клиниче- ская психология)

10. Подопригова, А.С. Краткий психологический словарь / А.С. Подопригова. - М.: Феникс, 2012. - 459с.

11. Фрейд З. Введение в психоанализ/ З. Фрейд. – М.: АСТ, 2019. – 608с.

Оглавление

1.	Предисловие.....	4
2.	Введение.....	5
3.	Понятие и определение травмы.....	7
4.	Градация психической и психологической травмы.....	9
5.	Диссоциация как защитный механизм при тяжелых психических травмах.....	11
6.	Феноменологические аспекты диссоциации.....	14
7.	Расстройство множественной личности.....	21
8.	Краткое описание истории развития РМЛ на примере	
9.	пациентки В.....	29
10.	Особенности работы с пациентом с диссоциативным расстройством личности.....	33
11.	Заключение.....	38
12.	Список литературы.....	40