

ДИССОЦИАЦИЯ И ПОГРАНИЧНОЕ РАССТРОЙСТВО ЛИЧНОСТИ

В.А. АГАРКОВ

Статья посвящена одному из важных аспектов пограничной психопатологии — диссоциации. Рассмотрены основные признаки пограничного расстройства личности (ПРЛ), в том числе критерии ПРЛ в DSM-V. Приведен краткий обзор развития концепции диссоциации, начиная с работ Пьера Жане. В статье освещены два подхода к пониманию пограничной патологии, в том числе диссоциативных симптомов. Первый подход исторически связан с работами Пьера Жане, Мортон Принца, Чарльза Майерса. Современными представителями этого направления являются Ван дер Харт, Нейенхюус, Стил, разработавшими теорию структурной диссоциации (ТСД). Согласно ТСД, ПРЛ относится к классу травматических расстройств, т.е. расстройств, являющихся следствием психотравмирующего переживания. Согласно данной теории диссоциация, активированная как механизм защиты при психической травме, является основным механизмом патогенеза при ПРЛ. Другой подход, начало которому было положено в работах Боулби, продолжен в исследованиях Мэйн, Соломон, Лионс-Рут, Ховелл, Бейтмана и Фонаги. Согласно взглядам этих исследователей и клиницистов, психическая травма не играет решающей роли в этиологии ПРЛ. Центральным фактором сложных механизмов формирования этого расстройства является дезорганизованная/дезориентированная привязанность и фиксация на модусах функционирования психики, которые предшествуют ментализации. Механизм диссоциативных симптомов описан представителями этого направления в терминах сегрегированных внутренних рабочих моделей, а также нарушения ментализации.

Ключевые слова: пограничное расстройство личности, диссоциация, психическая травма, нарушения привязанности, ментализация

Введение

Жизнь людей с пограничным расстройством личности (ПРЛ) напоминает сюжеты латиноамериканским сериалов, индийских «болливудских» мелодрам или «мыльных опер», в которых центральными мотивами выступают темы разлуки, оставленности, утраты, поиска доброго опекуна, родителя, возлюбленного, а также мести [Millon и др., 2004]. Эта жизнь, которая очень часто протекает под лозунгом «Тормоза придумал трус!», полна

нешуточных страстей, неожиданных поворотов судьбы и потрясений. В хаотическом круговороте отношений одни персонажи сменяют другие, претерпевая при этом умопомрачительные превращения: небесные создания вдруг предстают исчадиями ада, добрые и заботливые опекуны оказываются ужасными злодеями, а преступники, мошенники, изгои общества, вдруг раскрываются с неожиданной стороны — они уже ангелы-хранители, спасители, которые удерживают протагониста от рокового шага, ведущего его или ее в пропасть. Эти сюжеты обычно многократно проигрываются и в терапевтических отношениях пациента с ПРЛ.

Одна из центральных тревог индивида с ПРЛ связана со страхом разрыва значимых отношений, оставленности. С одной стороны, индивиды с ПРЛ не в состоянии сохранять и поддерживать стабильные отношения, и вся их жизнь, наподобие карусели, потерявшей управление, в бешеной круговерти вращается вокруг оси, заданной двумя полюсами: нахождение и расставание с партнерами. Они ужасно боятся остаться одни, при этом, как правило, у них совершенно отсутствует понимание, что отчаянные и полные драматизма попытки удержать партнеров по отношениям чаще всего только отталкивают близких людей. Часто именно в одиночестве они переживают сильно выраженные диссоциативные состояния деперсонализации/дереализации, переключения между диссоциативными состояниями [Bateman, Fonagy, 2003; Howell, 2005; Zanarini и др., 2000]. Срывы в отношениях приводят к переполнению аффектами, в том числе тревогой, стыдом, самоуничижением, депрессиями, и вовлечению в такое саморазрушительное поведение, как злоупотребление наркотиками и другими психоактивными веществами, к импульсивному поведению и к промискуитету.

Пограничное расстройство личности представляет собой сложное и тяжелое психиатрическое расстройство [МКБ-10, 1994; DSM-V, 2013], отличительными чертами которого являются устойчивый паттерн нарушения регуляции аффекта и контроля над импульсами, а также отсутствие стабильности в отношениях с другими людьми и в собственной идентичности, во внутреннем образе своей персоны. К кругу пограничной патологии также относятся и диссоциативные симптомы: дереализация и деперсонализация, флэш-бек эффекты, психогенная амнезия, симптомы соматоформной диссоциации и др. Кроме того, для индивидов с ПРЛ характерно использование примитивных защитных механизмов, таких как расщепление (сплиттинг)* и проективная идентификация, одним из звеньев которых является диссоциация [Bateman, Fonagy, 2003].

* Следует отметить, что диссоциация и расщепление не тождественные понятия. Диссоциация является более широкой концепцией, тогда как расщепле-

В классификаторе DSM-V приведены следующие критерии ПРЛ:

А. Значимые нарушения функционирования личности, проявляющиеся в

1. нарушениях **функционирования я** (а или б)

а. **Идентичность**: Заметно обедненный, слабо развитый образ своего я, который часто связан с чрезмерной самокритикой, устойчивым чувством внутренней пустоты, диссоциативными состояниями при воздействии стресса.

б. **Саморегуляция**. Непостоянство целей, уровня притязаний, ценностей или планов в отношении построения карьеры

2. Нарушения в **межличностном функционировании** (а или б)

а. **Эмпатия**: Сочетание нарушения способности распознавать чувства и потребности других с гиперсензитивностью в межличностной сфере (например, отношения окружающих расценивается как пренебрежительное или оскорбительное); восприятие других селективно фокусировано на слабостях или недостатках.

б. **Близость**. Бурные, нестабильные и конфликтные близкие отношения, характеризующиеся недоверием, потребностью в эмоциональной поддержке и одобрении, беспокойной поглощенностью мыслями о возможном или воображаемом уходе партнера; восприятие близких отношений обычно колеблется между крайними полюсами идеализации и обесценивания, в самих отношениях индивид проявляет две крайних линии поведения — либо чрезмерную вовлеченность, либо отстраненность.

В. Патологические **черты личности** в следующих областях:

1. **Нарушения в аффективной сфере**, проявляющиеся в:

а. **Эмоциональной лабильности**: нестабильные эмоциональные переживания и частые смены настроения; эмоции, которые легко возникают, обладают высокой интенсивностью, и/или не соответствуют событиям и обстоятельствам, которые они сопровождают.

б. **Тревожности**: Сильные чувства нервозности, напряжения или паники, которые часто возникают как реакция на стресс в контексте межличностных отношений; беспокойство по поводу негативных последствий неприятных переживаний прошлого и неблагоприятных ситуаций в будущем; чувства страха, дурные предчувствия, ощущение угрозы в ситуациях неопределенности; страх внутреннего распада или утраты контроля.

ние или сплиттинг — термин, который использовали Фрейд для описания перверсии, а также представители теории объектных отношений и Кернберг — для обозначения нормативного процесса и механизма психической защиты, в результате которого происходит разделение образа я и другого на плохой и хороший. Диссоциация выступает одним из звеньев механизма расщепления [Агарков, 2002].

с. **Чувстве незащищенности, связанное со страхом сепарации:** Страх отвержения — и/или сепарации — значимым другим, связанные со страхом чрезмерной зависимости и полной утраты автономии.

д. **Депрессивности:** Часто испытываемые чувства подавленности, ничтожности, и/или безнадежности; трудности преодоления подобных настроений; пессимизм в отношении будущего, доминирующее чувство стыда; сниженная самооценка, мысли о самоубийстве и суицидальное поведение.

2. **Расторможенность**, которая характеризуется:

а. **Импульсивностью:** действия под влиянием момента, непосредственная реакция на воздействие стимулов; непродуманные действия без плана и без понимания последствий; трудности в формировании плана действий или в его осуществлении, ощущение безотлагательности и поведение самоповреждения при переживании эмоционального дистресса.

б. **Принятием рискованных решений:** Участие в опасных, рискованных и угрожающих причинением ущерба себе видах деятельности без веских причин и без понимания возможных последствий; отсутствие понимания границ собственных возможностей и отрицание угрозы в действительно опасных ситуациях.

3. **Неприятное отношение**, характеризующееся:

а. **Враждебностью:** Постоянные или часто возникающие чувства злости, гнева или раздражительности в ответ на умеренные проявления равнодушия и обиды.

С. Нарушения в функционировании личности и проявлении личностных черт индивида являются относительно стабильными в течение времени и не зависят от ситуаций.

Д. Нарушения в функционировании личности и проявлении личностных черт индивида не могут быть вполне объяснены с позиций нормативных закономерностей развития, свойственных возрастному периоду, в котором находится индивид, а также его социально-культурному окружению.

Е. Нарушения в функционировании личности и проявлении личностных черт индивида не могут быть объяснены только как последствия непосредственного физиологического эффекта интоксикации психоактивными веществами (например, наркотики, психотропные медицинские препараты) или общего медицинского заболевания (например, тяжелая черепно-мозговая травма).

В силу того, что формальное правило постановки диагноза ПРЛ требует выполнения пяти критериев из девяти*, то возможны 151 различ-

* Данные выкладки приведены для определения ПРЛ в предыдущем, 4-м пересмотре классификатора DSM (См. [Каплан, Сэдок, 1998, с. 278]).

ных комбинации симптомов в клинической картине пациентов с диагнозом ПРЛ (некоторые авторы приводят цифру 256 как возможное число комбинаций симптомов при ПРЛ) [Bateman, Fonagy, 2003]. Таким образом, весьма велика вероятность того, что у двух пациентов с диагнозом ПРЛ будет совпадать только один из девяти критериев ПРЛ. То есть, под рубрикой диагноза ПРЛ, по-видимому, объединены самые разные случаи личностных расстройств с сильно отличающимися клиническими картинками. Это является одним из наиболее серьезных поводов для критики критериального подхода к диагностике ПРЛ и вообще личностных расстройств, принятого в современных психиатрических классификаторах и сохраненного, несмотря на порой ожесточенную дискуссию, в DSM-V.

Таким образом, мы видим, что диагноз ПРЛ описывает гетерогенную группу пациентов с разной клинической картиной расстройства и, естественно предположить, разным весом факторов в этиологических моделях расстройства. Отсюда следует, что разнообразие внешних проявлений и этиологии ПРЛ необходимо учитывать и при определении стратегии оказания терапевтической помощи, и при оценке эффективности того или иного вида терапии при лечении пациентов с ПРЛ.

В данной статье мы остановимся на двух группах факторов этиологии ПРЛ: психической травме (главным образом, повторяющиеся эпизоды физического насилия и сексуального абюза в детстве) и нарушения привязанности. Этим двум группам факторов соответствует два типа и две концепции диссоциативных феноменов. Согласно первому подходу, и диссоциативные переживания во время травматизации (перитравматическая диссоциация) и диссоциативные симптомы «травматических» расстройств являются внешним проявлением действия диссоциации как механизма психической защиты в ответ на психическую травму. Некоторые авторы рассматривают ПРЛ либо как вариант расстройства множественной личности [Ross, 1996], либо как вариант ПТСР [Van der Kolk, 1996]. Согласно теории структурной диссоциации О. Ван дер Харта и его коллег ПРЛ представляет собой пример патологии, вызванной вторичной диссоциацией, связанной с психической травматизацией в раннем детстве. Диссоциация, связанная с психической травмой, впервые получила концептуальное описание в работах Пьера Жане [Жане, 2009], а впоследствии — Эрнеста Хилгарда [Hilgard, 1973], Фрэнка Патнема [Патнем, 2004], Онно Ван дер Харта, Эллерта Нейенхюса, Кэти Стил [Ван дер Харт и др., 2013] и др.

Согласно второму подходу, нарушение привязанности, которые ведут в случае ПРЛ к формированию дезорганизованного паттерна привязанности, фрагментации внутренней рабочей модели (ВРМ) и межлич-

ностной интерпретативной функции (МИФ), создают основу для так называемой диссоциации паттернов интерперсонального взаимодействия. Согласно концепции П. Фонаги и Э. Бэйтмана, диссоциативные состояния предстают как внешние проявления функционирования психики в модусах, предшествующих рефлексивному модусу ментализации: психического тождества и имитационного модуса.

Понятие диссоциации

Впервые попытка научного описания диссоциативных феноменов была предпринята Аманом-Мари-Жаком де Шатене (маркизом де Пюисежуром), учеником Мессмера [Элленбергер, 2001], экспериментировавшим с индивидуальными и групповыми методами гипноза. Приоритет в систематических исследованиях и разработке концепции диссоциации в рамках парадигмы динамической психиатрии принадлежит другому французскому ученому, Пьеру Жане. Наряду с П. Жане во Франции, по другую сторону Атлантики, диссоциативные психические феномены изучали Мортон Принц и Уильям Джеймс.

Согласно Джозефу Сандлеру [Sandler и др., 1991], диссоциацию можно было бы охарактеризовать как «эластичное» (elastic) понятие, содержание которого постоянно пополняется в соответствии с новыми данными исследований. Такие понятия служат своего рода связующим элементом между различными теоретическими представлениями и концепциями. Содержание такого рода понятий раскрывается только в соотношении с контекстом, в котором оно используется.

Дополнительные сложности в проблему определения термина «диссоциация» вносит то, что многие авторы используют слово «диссоциация» скорее как метафору, а не как термин с определенным содержанием. Как метафора, слово «диссоциация» используется для описания независимого функционирования частей некоторой целостной структуры, а также резкого, характерного противопоставления, несогласованности отсутствия связей и т.п. Так, иногда говорят о диссоциации тех или иных параметров той или иной методики, имея при этом в виду несогласованное, независимое изменение измеряемых переменных, что статистически может выражаться в отсутствии корреляции между ними.

В психологической и клинической литературе существуют различные определения понятия диссоциация. Эти определения можно развести по трем группам в зависимости от того, на каком из аспектов диссоциации в них ставится акцент: процессуальном, адаптивном, феноменологическом. Таким образом, в зависимости от контекста, о диссоциации говорят как о процессе [Агарков, 2002; Каплан, Сэдок, 1998; DSM-V, 2013], механизме психологической защиты [Агарков, 2002;

Мак-Вильямс, 1998], психическом состоянии [Агарков, 2002; Bernstein, Putnam, 1996] и/или психопатологическом и психиатрическом симптоме или синдроме [МКБ-10, 1994; DSM-V, 2013].

Мортон Принц охарактеризовал диссоциацию как основной регулирующий принцип нервно-психического аппарата [Патнем, 2004]. Как процесс, диссоциация приводит к тому, что комплекс поведенческих паттернов, мыслей, отношений или эмоций становится отделенным от остальной части личности человека и функционирует с той или иной степенью сепарированности и независимости [Патнем, 2004; DSM-V, 2013]. Согласно определению диссоциации, принятой в американской психиатрической номенклатуре [Каплан, Сэдок, 1998; DSM-V, 2013], диссоциация представляют процесс, который приводит к нарушению интегрированных в норме «функций сознания, осознания подлинности своего эго или моторного поведения, в результате которого определенная часть этих функций утрачивается». А. Людвиг [Ludwig, 1966, 1983] считает диссоциацию процессом, посредством которого определенные психические функции, в норме интегрированные с другими функциями, действуют в той или иной степени обособленно или автоматически и находятся вне сферы сознательного контроля индивида и процессов воспроизведения памяти.

А. Людвиг [Ludwig, 1983] выделяет семь основных адаптивных функций диссоциации: (1) автоматизация поведения; (2) эффективность и экономичность деятельности; (3) разрешение непереносимых конфликтов; (4) уход от повседневной реальности; (5) изоляция катастрофических переживаний; (6) катарсическая разрядка некоторых (табуированных) эмоций и аффектов; (7) усиление «стадных чувств».

Как механизм психологической защиты, диссоциация помогает индивиду справиться с интенсивными негативными эмоциями, вызванными воздействием факторов психотравмирующей ситуации или события. В этом состоит одна из особенностей диссоциации как механизма психической защиты. К двум другим относятся следующие: (1) диссоциация является врожденным механизмом, а не формируется в процессе онтогенеза; (2) диссоциация выступает отдельным звеном в действии некоторых других (как правило, примитивных) защит, например проективной идентификации, расщепления (сплиттинга).

Диссоциативные состояния могут быть отнесены к классу неравновесных состояний [Прохоров, 1998], которые характеризуются низким уровнем психической активности. Согласно концепции «диссоциативного континуума» [Bernstein-Carlson, Putnam, 1986], диссоциативные состояния расположены вдоль некоего гипотетического континуума, на одном полюсе которого находятся «нормативные» диссоциативные фе-

номены, например, абсорбция, дорожный транс, некоторые виды рассеянности, а на другом полюсе — тяжелые формы диссоциативной патологии. К последним относятся симптомы диссоциативных расстройств и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) [Bernstein-Carlson, Putnam, 1986; Ross, 1996]. Между этими полюсами располагаются промежуточные формы диссоциативных феноменов: умеренные состояния деперсонализации/дереализации, глубокий транс, *deja-vu* и др. Согласно С.П. Рубинштейну, легкие, обратимые, неполные формы диссоциации или «отщепления» могут наблюдаться на определенных этапах онтогенетического созревания в момент зарождения сложных эмоций, при самых разнообразных аффективных состояниях, при зарождении творческого процесса [Рубинштейн, 1957].

Однако многие клиницисты и исследователи ставят под сомнение идею диссоциативного континуума, придерживаясь мнения, во многом согласующегося с идеями П. Жане, согласно которому к диссоциативным феноменам относятся только признаки психопатологии. Так, таксонометрический анализ огромного массива данных, полученных при помощи методики Шкала диссоциации* (Dissociation Experience Scale), приведенный Дж. Валлером и Ф. Патнемом [Bernstein-Carlson, Putnam, 1993; Waller, Putnam, 1996] показал, что 8 пунктов этой шкалы, в которых приводится описание симптомов диссоциативной психопатологии, ведут себя как таксон, а не как континуальные переменные. Так же и О. Ван дер Харт, Э. Нейенхюс и К. Стил, следуя идеям Жане, считают, что диссоциация относится к области психопатологии.

Диссоциация и травма

По П. Жане [Жане, 2009] сознание является не однородной «гомогенной» системой, а сложной структурой: наряду, или параллельно, с «главной частью сознания» сосуществуют другие формы сознания. Иные или «рудиментарные» формы сознания можно наблюдать при некоторых патологических состояниях, таких как каталепсия и сомнамбулизм, а также при внушении. При определенных условиях, в результате которых происходит ослабление силы синтеза, наступает «психическая слабость», становится возможна более или менее самостоятельная деятельность систем, личностных структур. Для обозначения таких состояний Жане предлагает термин диссоциация (*désagrégation*). При этом элементы, «ускользнувшие» от нормального синтеза восприятия, могут группироваться вокруг нового центра и выступить на первый план при

* Русскоязычный адаптированный вариант DES — Шкала диссоциации (ШД) см. в [Агарков, 2002]

некоторых благоприятных условиях, формируя так называемые «предсознательные фиксированные идеи».

Психическая слабость, согласно Жане, детерминирована как наследственными факторами, так и ситуативными, например, утомление, интоксикация, ослабление организма, но наиболее вероятной причиной временной психической слабости является эмоция. Особенно это верно в отношении интенсивных негативных аффектов, которые сопровождают переживание психической травмы.

После нескольких десятилетий забвения, которое было во многом связано с разработкой, в некотором смысле, конкурирующей концепции вытеснения в психоаналитической теории З. Фрейдом и созданием концепции шизофрении Э. Блойером, интерес к диссоциативным феноменам среди академических исследователей и клиницистов возрождается. Это происходит, во многом, благодаря работам американского психолога Эрнста Хилгарда [Hilgard, 1973] в 1970-х годах. В своей неодиссоцианистской теории Хилгард постулирует внутреннюю активность когнитивных систем, которые управляют информационными потоками и обрабатывают поступающую информацию. Эти системы обладают определенной степенью унитарности, стабильности и автономии, и находятся между собой в иерархических отношениях. Обычно эти системы функционируют согласованно, подобно единому целому, однако при некоторых обстоятельствах, например, когда субъект находится в состоянии гипноза или испытывает последствия психической травматизации, они могут приобрести самостоятельность и независимость друг от друга. Однако эти системы всегда находятся под контролем и управлением особой структуры, которую Э. Хилгард назвал «скрытым наблюдателем». Свои теоретические выкладки Э. Хилгард подкрепляет эмпирическими данными, полученными им в экспериментах с внушенной аналгезией.

В последующие после выхода в свет работ Э. Хилгарда было создано довольно много теоретических моделей диссоциации: теория Б. Брауна BASK [Braun, 1988] (Behavior, Affect, Sensation, Knowledge), сетевая модель Дж. Йетса и У. Нэшби [Yates, Nashby, 1993], основанная на сетевой ассоциативной модели Г. Бауэра ANT, в которой различается нормальная динамическая диссоциация и патологическая статическая диссоциация, и другие. Остановимся вкратце на структурной теории диссоциации О. Ван дер Харта, Э. Нейенхюса и К. Стил.

ПРЛ как травматическое расстройство

Структурная теория диссоциации (ТСД) О. Ван дер Харта и его коллег [Ван дер Харт и др., 2013] основана на теории диссоциации и теории действия Пьера Жане, идее Чарльза Майерса диссоциативного разделе-

ния личности на аффективную личность (АЛ) и внешне нормальную личность (ВНЛ), а также концепции дискретных поведенческих систем Фрэнка Патнема.

Отправным пунктом ТСД является постулат о строении личности, согласно которому личность представляет собой единство психобиологических систем действий, которые, в зависимости от обстоятельств, выполняют те или иные задачи адаптации. К этим системам относятся системы поддержания внутреннего энергетического баланса, репродуктивная система, система защиты и реагирования на опасность, система привязанности, система социального взаимодействия и др. В норме эти системы функционируют согласованно, а их действия субъективно воспринимаются как принадлежащие я.

Одним из важных постулатов ТСД является деление диссоциативных феноменов на два больших класса: психоформную диссоциацию и соматоформную диссоциацию [Nijenhuis и др., 1997; Nijenhuis и др., 1998]. К кругу соматоформных диссоциативных симптомов относятся такие физические симптомы и нарушения телесных функций, имеющие психогенную природу, как нарушение координации, каталепсия, утрата слуха, обоняния, речи, а также тики, тремор, болевые синдромы и т.д.

В результате переживания потрясения травматического события происходит формирование диссоциативных барьеров между этими системами. При разовом краткосрочном событии диссоциативные барьеры отделяют систему защиты от угрозы от остальных систем личности. Этот тип диссоциации О. Ван дер Харт определил как первичную диссоциацию. При первичной диссоциации образуется одна АЛ, включающая всю систему защиты, и одна ВНЛ, которая объединяет в себе все остальные системы личности. При вторичной диссоциации, которая сопровождается переживанием долгосрочных психотравмирующих ситуаций (участие в боевых действиях, геноцид, повторяющееся насилие и/или сексуальный абьюз в детстве), происходит диссоциативное разделение («дробление») внутри системы защиты, и на основе подсистем этой системы формируются несколько АЛ, которые сосуществуют с одной ВНЛ. К патологии вторичной диссоциации авторы ТСД относят, наряду со сложным ПТСР и другими травматическими расстройствами, и ПРЛ. Еще более сложная картина открывается при третичной диссоциации, при которой формируются несколько ВНЛ и несколько АЛ, что наблюдается при расстройстве диссоциированной идентичности (расстройстве множественной личности). Таким образом, в рамках теории структурной диссоциации ПРЛ включен в спектр так называемых травматических расстройств, а диссоциация определена как один из ведущих механизмов формирования симптомов ПРЛ.

О. Ван дер Харт и его коллеги полагают, что большинство случаев ПРЛ связаны с хронической травмой детского абьюза: «Наблюдения показывают, что большинство случаев ПРЛ можно трактовать и лечить как травматические...» [Ван дер Харт и др., 2013, С. 145]. Однако Б. Ван дер Колк отмечает, что только примерно половина пациентов с ПРЛ имеют в анамнезе историю физического и/или сексуального абьюза в детстве. Хотя Б. Ван дер Колк и указывает на то, что большинство пациентов с ПРЛ испытали психическую травму, между тем, к травматическим переживаниям он относит также и переживания сильного страха или стыда, которые далеко не всегда связаны с ситуациями угрозы жизни, здоровью, сексуальным насилием, но скорее — с внезапной сепарацией или странным поведением родителей.

Как уже отмечалось в вводной части статьи, можно говорить о нескольких группах пациентов с ПРЛ [Bateman, Fonagy, 2003; Yun и др., 2013], различая их, в том числе, по основанию роли психической травматизации в этиологии расстройства. Возможно, примерно для половины всех пациентов с ПРЛ, или даже большей их части, диссоциация, связанная с психической травмой, или так называемая «жанетианская» диссоциация [Howell, 2005], играет центральную роль в формировании психопатологии. У таких пациентов можно обнаружить несколько АЛ, которые содержат аффекты ярости жертвы, состояния оцепенения и полного подчинения насильнику, идентификацию с агрессором. В некоторых случаях проявления диссоциаций при ПРЛ травматического генеза очень похожи на симптомы диссоциативного расстройства РДИ. Впрочем, при ПРЛ диссоциативные части личности менее развиты и самостоятельны, чем альтер-личности при РДИ. Для таких пациентов будет релевантным фазово-ориентированный подход к лечению травматических расстройств, в том числе диссоциативных расстройств, разработанный авторами ТСД. Однако, кроме этой группы пациентов, исследователи и клиницисты указывают на большую частоту встречаемости пациентов с ПРЛ, для патологии которых более значимыми факторами оказались нарушения отношений привязанности и ментализации.

Диссоциация и отношения привязанности

Развитие зоны взаимодействия, интерфейса, между теорией привязанности и теорией диссоциации имеет далеко идущие последствия для теории и практики психоанализа и психотерапии. При этом, как для клинической практики, так и для теоретического осмысления клинического опыта, важно различать два типа диссоциации: «жанетианскую диссоциацию» и «диссоциацию привязанности». «Жанетианская» диссоциация может быть вызвана внешним событием, в котором фактор

отношений отсутствует вовсе, например, стихийным бедствием и необязательно непосредственно связана с отношениями с фигурой привязанности.

Уже Дж. Боулби [Bowlby, 1980] отмечал, что в случае чрезвычайно сложных и противоречивых отношений привязанности происходит формирование фрагментированных или сегрегированных рабочих моделей, с которыми, в свою очередь связана внутренняя динамика, которая внешне выражается в явлениях так называемой «диссоциации привязанности». Д. Штерн с соавторами [Stern и др., 1998], Э. Бэйтман и П. Фонаги [Bateman, Fonagy, 2003], К. Лионс-Рут [Lyons-Ruth, 2002], продолжив развитие теории привязанности, предложили описание диссоциативных феноменов в терминах отдельных, фрагментированных внутренних рабочих моделей (ВРМ)*, паттерна дезорганизованной/дезориентированной привязанности (Д-привязанности) и нарушения ментализации.

Как показали Патриция Джад и Томас Макглейшэн [Judd, McGlashan, 2003], концепции привязанности, психической травмы и диссоциации тесно взаимосвязаны в рамках их модели ПРЛ. При этом психическая травма и «жанетианская» диссоциация не ограничены периодом раннего детства, в отличие от Д-привязанности, и могут действовать в разные периоды жизни. С другой стороны, значение переживания психотравмирующего события, независимо от того, когда оно произошло, во многом определяется отношениями с фигурой привязанности в детстве. Согласно модели этиологии ПРЛ, разработанной П. Джад и Т. Макглейшэн, формирование многоуровневой системы психопатологии ПРЛ происходит на основе матрицы системы привязанности под влиянием внутренних конституциональных факторов и воздействий внешней среды и социального окружения. При этом для индивидов с ПРЛ характерен дезорганизованный/дезориентированный вид привязанности, или Д-привязанность, которая занимает центральную позицию в этой модели ПРЛ.

В 1986 г. М. Мэйн и Дж. Соломон [Main, Solomon, 1986] добавили к трем уже описанным к тому времени Мэри Эйнсворт типам привязанности (надежный, и два ненадежных: избегающий и амбивалентный) четвертый, Д-привязанность. Дети с паттерном Д-привязанности часто

* Внутренние рабочие модели содержат ментальные репрезентации я, фигуры привязанности, набор ожидаемого поведения. Рабочие модели представляют собой предсознательное процедурное знание о том, как вести себя с другим человеком. Аспектами этого процедурного знания являются внутренние модели отношений, в том числе защитные маневры, которые запускаются в ответ на защитные маневры фигуры привязанности.

демонстрируют разорванное поведение с чертами трансовых состояний. Такое поведение является следствием либо попыток одновременного исполнения, либо быстрого чередования приближения к фигуре привязанности и маневров избегания. Рут Близард [Blizard, 2003] отмечает сильную взаимную связь между диссоциацией и Д-привязанностью: (1) диссоциативные процессы занимают важное место в Д-привязанности и (2) Д-привязанность создает предрасположенность к развитию диссоциативных симптомов в дальнейшем.

Д-привязанность формируется в случае серьезных нарушений ухода за ребенком или неспособности взрослого, который заботится о ребенке*, чувствовать и понимать потребности ребенка.

Так как Д-привязанность формируется в условиях пренебрежения и нарушений ухода за ребенком, то такая система привязанности не выполняет основную функцию системы привязанности, а именно, регуляции состояния, в том числе, возбуждения, вызванного страхом. При этом, как отмечают многие авторы [Bateman, Fonagy, 2003; Blizard, 2003; Howell, 2005; Judd, McGlashan, 2003], часто страх у ребенка вызывают поведение и реакции самих родителей детей с Д-привязанностью. Таким образом, ребенок попадает в ловушку противоречивых требований: родитель вызывает у ребенка страх, в тоже время, логика системы привязанности заставляет искать успокоения и разрядки аффективного состояния у этой фигуры.

Таким образом, в условиях жесткого конфликта «приближения-удаления» формируются отдельные сегрегированные ВРМ. Эту сегрегацию разных ВРМ невозможно устранить, оставаясь в рамках отношений родитель-ребенок, так как между ребенком и родителем активированы исключительно противоречивые паттерны отношений, и эти противоречия не могут быть ни исследованы, ни разрешены тем или иным способом. Эти сегрегированные системы привязанности могут быть описаны как диссоциированные я-состояния [Blizard, 2003; Howell, 2005].

Кроме того, сегрегированности ВРМ при Д-привязанности способствует нарушения вербальной коммуникации между родителем и ребенком, так как это затрудняет или делает вовсе невозможным понимание и вербализацию, связанное и четкое определение, развернутое в нарративе, того, что происходит в отношениях между ребенком и родителем. Наряду с этим, интеграция негативных аффектов ребенка становится крайне трудной в ситуации, когда во взаимодействии между родителем и ребенком признается субъективность только одной персоны — родителя. Трудности с интеграцией негативного аффекта, в свою очередь, делают

* Далее для простоты мы будем использовать слово «родитель».

ребенка уязвимым к воздействию потенциально психотравмирующих факторов внешней среды и социального окружения, которое сопровождается защитной активацией «жанетианской» диссоциации.

Многочисленные исследования показали, что родители детей с Д-привязанностью отличались чрезмерно высоким уровнем агрессии, а также страдали личностными и диссоциативными расстройствами. Между тем, интересен тот факт, что 15% детей с Д-привязанностью происходят из относительно благополучных семей и не являются жертвами пренебрежительного отношения родителей, сексуального абьюза и/или физического насилия. Так, Эрик Хессе и Мэри Мэйн [Hesse, Main, 1999] указывают на то, что Д-привязанность может формироваться и в отсутствие грубых нарушений ухода: к формированию Д-привязанности приводит гиперопека, в которой сочетаются взаимоисключающие стратегии ухода за ребенком с неспособностью родителей регулировать возбуждение ребенка, вызванное страхом.

Другая группа исследователей во главе с К. Лионс-Рут [Lyons-Ruth, 2002] показала, что к формированию Д-привязанности приводит разная валентность, несогласованность одновременно предъявляемых матерью аффективных сигналов в ее коммуникации к ребенку. Например, когда ребенок испытывает явный дистресс, мать одновременно подбадривает ребенка и насмехается над ним. В ответ на эту смешанную стимуляцию ребенок демонстрирует дезорганизованное поведение.

Элизабет Ховелл отмечает, что в некоторых случаях матери детей с паттерном Д-привязанности часто демонстрировали в игровом взаимодействии со своими детьми отсутствие способности передавать мета-сигналы, обозначающие условность игры. Например, играя с ребенком, они изображали поведение хищника, угрожающе оскаливая зубы, рычали и шипели, преследовали ребенка на четвереньках, однако это поведение было настолько реалистичным, что ребенок, не получающий от них сигналов, подтверждающих «невсамодельный» характер ситуации, испытывал ужас, и даже шок, как будто бы оказавшись атакованным реальным хищником.

Однако, далеко не всегда матери, которые своим поведением вызывают крайний испуг у своих детей, делают это с сознательным намерением нанести ущерб своему ребенку. Скорее всего, описанные выше ситуации в коммуникативном взаимодействии между матерью и ребенком возникают из-за того, что у этих матерей остается незадействованной интегративная способность понимания того, как в психике ребенка отражаются их собственные действия. Многие авторы полагают, что эти матери страдают от не переработанных последствий собственной травматизации, транслируют в коммуникации с ребенком какие-то не инте-

грированные аспекты своего травматического опыта, а также, возможно, травматического опыта предыдущих поколений, пришедшего к ним через механизмы трансгенерационной передачи.

Впоследствии, по мере взросления, дети с паттерном Д-привязанности формируют свои отношения с другими людьми на основе «ложного я». Характерными чертами этих отношений являются постепенно усиливающиеся черты принуждения с их стороны и обращение ролей. Это происходит за счет нарастания дефицитов в эмпатическом понимании мотивов и мыслей других людей, в создании связного нарратива опыта собственного переживания, понимания себя как активного субъекта. Эти дефициты, в свою очередь, оказывают негативное влияние на развитие интегративных способностей, способствуют формированию диссоциативных симптомов и личностных расстройств, в том числе пограничной патологии.

По своим последствиям дезорганизованная привязанность имеет много общего с травмой. Э. Ховелл отмечает, что и травма и Д-привязанность связаны с торможением поведения беззаботной игры, ослаблением способности к обдумыванию своих внутренних состояний, а также символизации и использованию метафор. Как и при психической травме, при активации Д-привязанности выделяется много кортизола, избыточное количество которого угнетает процессы долговременного потенцирования (ДП) в нейронах гиппокампа, может повредить гипоталамус [Howell, 2005] и активирует ДП в нейронах амигдалы — мозговой структуры, отвечающей за процедурную память и формирование сильных связей между стимулами и эмоциональной реакцией [Агарков, 2010]. Все эти явления составляют нейробиологическую основу нарушения регуляции аффекта.

Так называемая «травма отношений» приводит к «диссоциации привязанности» (или расщеплению, по Э. Ховелл [Howell, 2005]), т.е. формированию диссоциированных я-состояний с идентичностями жертвы и агрессора, которые попеременно активируются во внутреннем мире индивида в контексте его или ее отношений с другими людьми. Такая организация внутреннего опыта отношений характерна для пограничной патологии.

События, которые приобретают значение «травмы отношений» на ранних этапах онтогенеза, связаны с сильной тревогой и страхом, с которыми ребенок не может справиться иначе как формируя сегрегированные ВРМ. Такого рода события, однако, как правило, не вызывают психической травматизации у детей более старшего возраста и/или взрослых людей.

При Д-привязанности я прибегает к диссоциативным защитам, направленным на сохранение собственной целостности и связанности

[Калшед, 2001]: расщепление, проективная идентификация, психическое оцепенение, трансовые состояния, самогипноз. Одна из задач системы диссоциативных защит я или системы сохранения я состоит в компенсации неспособности Д-привязанности в сформировать и поддерживать стабильность психики благодаря чувству защищенности и заботы со стороны фигуры привязанности.

Нарушения ментализации и диссоциация

Питер Фонаги и Энтони Бэйтман внесли существенный вклад в понимание механизмов формирования пограничной патологии, исходя из концепции ментализации. Ментализация определена ими как способность индивида понимать свои ментальные состояния, как свои собственные, так и других людей, и как причину и как нечто отличное от поступков, поведения. Другими словами, ментализация представляет собой способность думать о своем поведении и поведении других людей в терминах внутренних интенциональных состояний, а также способность представлять, что могут думать и чувствовать другие люди.

Э. Бэйтман и П. Фонаги описали три модуса психического функционирования, переживания субъективного, которые предшествуют ментализации: телеологическая установка, имитационный модус и психическое тождество*. Психическое тождество характеризуется тем, что внутреннее содержание проецируется вовне и затем принимается как реальное. В состоянии имитационного модуса происходит абсолютное разъединение между миром фантазии и реальным миром. Внутренняя интенция при этом воспринимается как то, что не может иметь никакого влияния на события во внешнем мире. Между внутренним субъективным опытом и эго ребенка создается почти что непреодолимый барьер. Ни психическое тождество, ни имитационный модус не могут создавать внутреннее переживание, которое отличается полноценным качеством внутренней реальности, чувством своего «агентивного» я**.

* В данной публикации представлен авторский вариант перевода специальных терминов, принятых в теории ментализации Э. Бэйтмена и П. Фонаги: «*teleological stance*» — телеологическая установка; «*psychic equivalence*» — психическое тождество; «*pretend mode*» — имитационный модус. [Bateman A.W., Fonagy, 2003]

** Видимо, идее «агентивного» я (agentive self) можно поставить в соответствие концепцию активного субъекта, разрабатываемую в отечественной психологии [Брушлинский, 1994; Тхостов, 1994], а также представления о конкретно-чувственной витальности, живости и «полихромности» как характеристиках репрезентации я в зрелом интегрированном самосознании [Соколова, Николаева, 1995]. Впрочем, этот вопрос требует отдельного исследования.

Таким образом, психическое тождество чересчур реально, имитационный модус слишком нереален. В ходе нормативного развития происходит интеграция этих двух модальностей, и на основе этого синтеза формируется способность к ментализации или рефлексивный модус, в котором и мысли, и чувства переживаются как репрезентации.

Ментализация не возникает как нечто предопределенное, заложенное генетически, на определенном этапе развития. В этом смысле подход П. Фонаги и Э. Бэйтмана отвергает картезианскую парадигму, согласно которой внутренняя активность субъекта, «агентивное» *я*, возникает автоматически из восприятия внутренней ментальной деятельности: «Я мыслю, следовательно, я существую». Внутреннее ментальное пространство, способность ментализации создается через взаимодействие с родителем, который отражает внутренние состояния ребенка. Способность к ментализации формируется на основе системы репрезентаций второго порядка*, в которых представлены физиологические, когнитивные и поведенческие аспекты внутренних состояний ребенка.

Индивиды с ПРЛ демонстрируют недостаточную способность репрезентации психических состояний, и, как следствие, у них отсутствует понимание того, что и реакции других людей, и их собственные реакции могут быть вызваны мыслями, чувствами, убеждениями, желаниями. Этот недостаток ментального функционирования представляет собой результат того, что ребенок не получил в свое время от родителей необходимой помощи в процессе интеграции примитивных способов переживания внутреннего мира, к которым относятся психическое тождество и имитационный модус. Нарушение ментализации приводит к последствиям в психической жизни, которые можно сравнить с дефицитарным функционированием аутоиммунной системы, в результате которого индивид становится уязвимым к поздним и порой довольно жестким воздействиям социального окружения.

Для создания репрезентаций второго порядка критически важным является наличие у ребенка опыта, в котором он воспринимает фигуру привязанности, как того, кто, в свою очередь, воспринимает ребенка как обладающего психикой, которая функционирует в соответствии с закономерностями внутреннего психического мира. Как правило, ребенок приобретает такой опыт в контексте аффективной коммуникации с матерью. В процессе интернализации проявлений эмпатии матери при создании вторичных репрезентаций означаемых аффективных состоя-

* Репрезентации первого порядка или первичные репрезентации представляют собой телесный аспект «агентивного» *я* ребенка и формируются на стадии развития способности к ментализации, которую Э. Бэйтман и П. Фонаги обозначили как «телеологическая установка» (teleological stance).

ний младенца, выражение лица матери, отражающее ее эмпатическое понимание, выступает как означающее.

Для того чтобы процессы интернализации и последующего создания вторичных репрезентации аффективных состояний протекали успешно, необходимо соблюдение следующих условий. Мать должна не только достаточно точно отражать аффект, который овладел младенцем, но и каким-то образом дать понять ребенку, что то, что младенец наблюдает, рассматривая ее лицо, является отражением его собственных чувств. Если второе условие не выполняется, то младенец может приписать свои чувства матери. Такая ошибка может иметь особенное значение в тех случаях, когда речь идет о таких чувствах, как гнев или страх. В самом деле, если ребенок полагает, что родитель испытывает те чувства, которые принадлежат ему, ребенку, то вместо того, чтобы снизить интенсивность аффекта, такое отражение приведет к усилению негативных эмоций.

Проблема распознавания ребенком чувств, отраженных родителем, как своих, решается при помощи маневра, который П. Фонаги и Э. Бэйтман назвали «маркированием» («markedness»). Маркирование, по сути, представляет собой игровой элемент, который взрослый приносит в свое отражение чувств ребенка. Игровой компонент отражения — это центральный элемент, который помогает интегрировать доментализационные модусы функционирования.

Неудача некоторых матерей в маркировании негативных эмоций своих детей, связана с тем, что их отражение слишком реалистично, они точно отражают аффект ребенка, ничего к этому не добавляя. Тогда ребенок воспринимает такое отражение как эмоцию, принадлежащую не ему, но матери, поэтому у ребенка не происходит формирования вторичной репрезентации его внутреннего состояния. Это ведет к эскалации негативного аффекта ребенка и, в конечном счете, к его травматизации. Результатом такой динамики является фиксация модуса психического тождества и проективной идентификации как основного механизма защиты и способа коммуникации.

С другой стороны, если родитель допускает неточность в отражении аффекта, вносит сильные искажения при отражении, то это приводит к установлению нарциссической структуры, подобной «ложному я» Винникотта. То есть, репрезентации внутреннего состояния не соответствуют ничему реальному. В этом случае репрезентации второго порядка создаются, но они либо никак не связаны, либо связаны неподходящей связью с изначальными (формирующими) состояниями я. Это создает условия фиксации имитационного модуса.

У родителей, которые, отражая аффект ребенка, допускают игровой компонент, ребенок получает важный опыт: родитель транслирует ува-

жение и признание значимости его мыслей, чувств, желаний, убеждений. В то же время, благодаря маркированию, у ребенка появляется возможность переживать собственные ментальные состояния как принадлежащие иной сфере, нежели область внешних физических феноменов. Таким образом, процессы модификации модусов психического тождества и имитации помещаются в переходное игровое пространство.

Отсутствие игрового элемента представляет собой депривацию, которая приводит к весьма серьезным и негативным последствиям в психическом развитии ребенка. При нарушении отзеркаливания родителем внутри *я* ребенка появляются элементы — мысли и чувства — которые воспринимаются с известной мерой отчуждения. Если ребенок, ищущий себя в материнской психике, находит только саму мать, то в его *я* образуются элементы, которые переживаются как чуждые его *я*. Образ матери «колонирует» внутреннее пространство. «Чуждые» элементы *я* нарушают чувство связности *я* или идентичности. Одним из способов, к которому пациенты с ПРЛ, страдающие от нарушения ментализации, прибегают для восстановления поврежденной идентичности, является постоянная и интенсивная проекция «чуждых» элементов *я*. В данном случае проекция мотивирована не виной и не конфликтом, но потребностью восстановления постоянства переживания себя (самовосприятия).

Однако особенности поведения родителя и собственный паттерн Д-привязанности могут сорвать этот «план спасения» *я*, наводненного «чуждыми» элементами. Если отношения привязанности не позволяют осуществить экстернализацию «чуждых» элементов *я*, то ребенок может ощущать, что он, почти что буквально, находится под угрозой исчезновения, психологического слияния, и стирания всех границ в отношении *я*. Это имеет определенные последствия для будущих отношений. Так, для пациентов с ПРЛ характерно противоречие в их установке к отношениям с другими людьми. С одной стороны, отношения необходимы для стабилизации структуры *я*, однако в отношениях они становятся крайне уязвимыми, так как в отсутствии другого, когда отношения прерываются, прекращаются или другой проявляет самостоятельность, оживают «чуждые» элементы в структуре *я*, преследуя *я* изнутри и погружая внутреннюю жизнь в хаос, дестабилизируя его структуру.

Крайним способом, к которому прибегают индивиды с ПРЛ для избавления от «чуждых» элементов *я*, является самоубийство. Попытки самоубийства пациентов с ПРЛ, как правило, связаны с активацией модуса имитации, когда сфера субъективного переживания и восприятие внешней реальности оказываются полностью разделенными, а также с диссоциативными состояниями. При таких внутренних условиях у них формируется ложное убеждение, что они (или их истинное *я* без чуждых

элементов) выживут в самоубийственном акте, а «чуждые» элементы будут уничтожены навсегда. Это убеждение в чем-то похоже на так называемое «псевдобредовое» убеждение альтер-личностей при расстройстве диссоциированной идентичности (множественной личности) в том, что они могут существовать независимо от физического тела, с которым они связаны [Патнем, 2004]. Показатель риска суицида при ПРЛ, по оценкам разных авторов, варьирует в диапазоне 5—10%. По сути, некоторые индивиды с ПРЛ воспринимают суицид как «надежную пристань», акт воссоединения с состоянием, в котором они смогут прекратить муку экзистенциального ужаса.

Э. Бэйтман и П. Фонаги указывали на Д-привязанность как наиболее важный значимый фактор, влияющий на нарушение формирования способности к ментализации. Согласно модели пограничной психопатологии П. Фонаги и Э. Бэйтмана, Д-привязанность приводит к ослаблению системы контроля внимания, ослабление произвольного внимания ведет к нарушениям при формировании вторичных репрезентаций и, таким образом, подрывает развитие ментализации, а также адаптивное функционирование в позднем периоде. Известно, что более поздняя психическая травма еще более ослабляет механизмы управления вниманием и связана с хроническими нарушениями контроля торможения [МКБ-10, 1994; DSM-V, 2013; Van der Kolk, 1996]. Таким образом, формируется порочный круг взаимодействия Д-привязанности, нарушения ментализации и психической травмы, который способствует усилению симптомов ПРЛ.

Травма может привести к полному коллапсу ментализации у тех индивидов, у которых способности к ментализации были слабы до травмы. Этот коллапс состоит в частичной утрате способности осознавать отношения между внутренней и внешней реальностью. Одним из проявлений посттравматического нарушения ментализации, в котором происходит откат к модусу психического тождества, является страх собственных мыслей, психического вообще, отказ от мышления. По П. Фонаги, активации состояний флэш-бек, симптомов травматических расстройств, в которых происходит диссоциативное проживание вновь прошлого опыта, соотносится с модусом отождествления. Феномены диссоциации понимаются этими авторами как проявления тех способов функционирования психического, которые предшествуют ментализации.

**Вместо заключения. Разные виды диссоциации:
значение для терапии ПРЛ.**

В силу ограничений по объему публикации, мы вынуждены были оставить за рамками данной статьи обзор важных работ таких выдающихся

ся клиницистов, психотерапевтов и аналитиков, исследователей, как О. Кернберг, Дж. Кларкин, Г. Адлер и Д. Бьюи, Дж. Мастерсон, и др., в которых также затронуты вопросы диссоциативной патологии при ПРЛ. Здесь мы остановились на двух подходах к пониманию природы диссоциативных явлений в контексте психопатологии ПРЛ: на теории Пьера Жане и поздней разработке «жанетианского» подхода — теории структурной диссоциации; а также на теориях привязанности и ментализации, которые развиваются в рамках психоаналитического движения. В психоаналитических теориях диссоциации подчеркивается внутренняя активность как причина диссоциативных защит, тогда как в работах самого Жане, а также в концепции соматоформной диссоциации, принимается идея «пассивной» диссоциации [Howell, 2005].

Теория структурной диссоциации служит основанием для разработанного О. Ван дер Хартом и его коллегами фазовоориентированного подхода к лечению травматических расстройств, в том числе ПРЛ, в основе которых лежит диссоциация. При работе с пациентами, страдающими от диссоциации, связанной с психотравмирующим переживанием, основной задачей терапии является проработка и интеграция травматических воспоминаний. Решение этой задачи требует подготовки — овладения пациентом навыками регуляции возбуждения на первой фазе лечения. Проработка и интеграция травматических воспоминаний осуществляется при помощи методов экспозиционной терапии*.

Теория привязанности особенно популярна среди сторонников так называемого психоанализа отношений (*relational psychoanalysis*). Хотя вербальному содержанию свободных ассоциаций в психоанализе отношений придается большое значение, однако свободные ассоциации не занимают в нем центральную доминирующую позицию, как в технике классического «фрейдовского» анализа. В современном подходе к терапии, основанном на теории анализа отношений, много внимания также уделяют процессу коммуникации между пациентом и терапевтом. Именно поэтому в психоанализе отношений основное внимание уделяют также отыгрыванию (*acting out*) и разыгрыванию (*enactment*) в тера-

* Экспозиционная терапия — вид терапии, разрабатываемый в рамках когнитивно-бихевиорального подхода и направленный на работу с симптомами ПТСР, панического расстройства, фобий и других тревожных и травматических расстройств (по классификатору DSM). К сожалению, в переводной русскоязычной литературе можно встретить не вполне аутентичный вариант перевода словосочетания *exposure therapy* — «вскрывающая терапия». Суть экспозиционных интервенций (в воображении, *in vivo*, флудинг) сводится к конфронтации пациента со стимулами, вызывающими тревожные реакции, а в случае травматических расстройств — релевантными травматическому опыту.

пии, которые неизбежны в работе с пациентами, страдающими от психической травмы и с дефицитами в структуре я, связанными с нарушениями в ранних отношениях, а также проективной идентификации. При этом проективная идентификация понимается как способ коммуникации пациентом терапевту своего отщепленного (диссоциированного) материала, и, соответственно, как, довольно часто, единственно доступный для терапевта канал, по которому к терапевту может прийти понимание того, что хочет сообщить ему пациент.

При лечении ПРЛ, основанном на ментализации, используют следующие стратегии: (1) усиление способности к ментализации; (2) формирование связей между аффектами и их репрезентациями; (3) работа, преимущественно, с актуальными психическими состояниями; (3) учет дефицитов пациента. Э. Бейтмен и П. Фоначи указывают на потенциальную опасность использования при лечении ПРЛ как «реальных» отношений вместо терапевтических, так и фокусировки на травматических воспоминаниях.

Как мы видим, обсуждение центральных вопросов психопатологии и терапии ПРЛ затрагивает разные подходы, которые в некоторых пунктах приходят к противоречию. Это связано отчасти со сложностью пограничной патологии и множественностью факторов, вовлеченных в этиологию этого расстройства. А также с несовершенством критериального подхода, который в настоящее время принят в описательной психиатрии в отношении расстройств личности, в результате чего под «шапкой» одного диагноза оказываются собраны случаи с самой разной динамикой и требующие применения разных терапевтических подходов.

ЛИТЕРАТУРА

- Агарков В.А. Диссоциация как механизм психической защиты в контексте последствий психической травмы.: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04 — защищена 25.12.02: утв. 21.03.03. — М., 2002. — 201 с.
- Агарков В.А. Эмпирические исследования диссоциации. // Брушлинский А.В., Журавлев А.Л. (ред.) Современная психология: состояние и перспективы исследований. Тезисы докладов на юбилейной научной конференции ИП РАН, 28—29 января 2002 г. Том 1. / М.: Изд-во ИП РАН. 2002. С. 242—244
- Агарков В.А. Базовые принципы психотерапии последствий психической травмы. Нарушение регуляции возбуждения // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2010. № 1. С. 11—16
- Агарков В.А. Базовые принципы психотерапии последствий психической травмы. Память после психотравмирующего переживания. // Вопросы психологии экстремальных ситуаций. 2010. № 3. С. 7—15
- Брушлинский А.В. Проблемы психологии субъекта. / М.: Институт психологии РАН, 1994. 109 с.

- Ван дер Харт О., Нейенхюс Э.Р.С., Стил К.* Призраки прошлого. Структурная теория диссоциации и терапия последствий хронической психической травмы. / пер. с англ. М.: «Когито-Центр», 2013. 496 с.
- Жане П.* Психический автоматизм. / пер. с франц. СПб.: Наука, 2009. 500 с.
- Калишед Д.* Внутренний мир травмы / пер. с англ. М.: Академический Проект. 2001. 368 с.
- Каплан Х.И., Сэдок Б.Дж.* Клиническая психиатрия / пер. с англ. доп. гл. ред. проф. Т.Б. Дмитриевой. М.: ГОЭТАР МЕДИЦИНА, 1998. 506 с.
- Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика. / пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 1998. 480 с.
- Международный классификатор болезней (10-й пересмотр) / СПб.: «Оверлейд», 1994. 304 с.
- Патнем Ф.В.* Диагностика и лечение расстройства множественной личности / пер. с англ. М.: «Когито-Центр», 2004. 440 с.
- Прохоров А.О.* Психология неравновесных состояний. / М.: «Институт Психологии РАН», 1998. 182 с.
- Рубинштейн С.П.* Бытие и сознание. / СПб.: Питер, 2012. 288 с.
- Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. / М.: SvR-Аргус, 1995. 359 с.
- Тхостов А.Ш.* Топология субъекта (опыт феноменологического исследования). // Вестник Московского Университета. Сер. 14., Психология, 1994. № 2. С. 3—13; № 3. С. 3—12
- Элленбергер Г.Ф.* Открытие бессознательного. История и эволюция динамической психиатрии. Часть I. / пер. с англ. СПб.: Академический проект, 2001. 560 с.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th ed.). / Washington, D.C. 2013
- Bateman, Antony W., Fonagy, Peter.* 2003. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-Based Treatment. Oxford, New York: Oxford University Press
- Bernstein, Eve M., Putnam, Frank W.* Development, reliability, and validity of dissociation scale. Journal of Nervous and Mental Disease. 1986. 174(12): 727—735.
- Bernstein-Carlson, Eve M., Putnam, Frank W.* An update on the dissociative experiences scale. Dissociation. 1993. 4(1): 16—27
- Blizard, Ruth A.* Disorganized attachment, development of dissociated self-states, and a relational approach to treatment. Journal of Trauma and Dissociation, 2003. 4(3): 27—50
- Bowlby, John.* 1980. Attachment and Loss, Vol. 3: Loss, Sadness and Depression. New York: Basic Books
- Braun, Bennett G.* The BASK model of dissociation. Dissociation. 1988. 1(1): 4—23
- Hesse, Erik, Main, Mary.* Second generation effects of unresolved trauma in non-mal-treating parents: Dissociated, frightened and threatening parental behavior. Psychoanalytic Inquiry. 1999. 19(4): 481—540
- Hilgard, Ernest R.* Toward a neo-dissociation theory: Multiple cognitive controls in human functioning. Perspectives in Biology and Medicine. 1973. 17: 301—316

- Howell, Elizabeth F. 2005. *Dissociative Mind*. New York, London: Routledge
- Judd, Patricia Hoffman, McGlashan, Theodore. 2003. *A Developmental Model of Borderline Personality Disorder*. Washington, Washigton D.C., London, England: American Psychiatric Publishing
- Ludwig, Arnold M. Altered states of consciousness. *Archives of General Psychiatry*. 1966. 15: 225—234
- Ludwig, Arnold M. The psychological functions of dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1983. 26: 93—99
- Lyons-Ruth, Karlen. The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*. 2002. 2(1): 107—119
- Main, Mary, Solomon Judith. Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In Brazelton T.B., M. Yogman (Eds.). *Affective Development in Infancy*. Norwood, New Jersey: Ablex. 1996: 95—124
- Millon, Theodore, Grossman, Seth, Millon, Carrie., Meagher, Sarah, Ramnath, Ramnath. 2004. *Personality Disorders in Modern Life*. New Jersey, Hoboken, John Wiley & Sons
- Nijenhuis, Ellert R.S., Spinhoven, Philip, Van Dyck, Richard., Van der Hart, Onno, Vanderlinden, Johan. The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997. 96: 311—318
- Nijenhuis, Ellert R.S., Vanderlinden, Johan, Spinhoven, Philip. Animal defense reactions as a model for trauma-induced dissociative reactions. *Journal of Traumatic Stress*. 1998. 11(2): 243—260
- Ross, Collin A. History, phenomenology, and epidemiology of dissociation. In Michelson L.K., Ray W.J. (Eds.) *Handbook on dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York and London: Plenum Press. 1996: 3—24
- Sandler, Joseph., Dreher, Anna Ursula, Drews, Sibylle. An approach to conceptual research in psychoanalysis illustrated by a consideration on psychic trauma. *International Review of Psycho-Analysis*. 1991. 18: 133—141
- Stern, Daniel N., Sander Louis W., Nahum, Jeremy P., Harrison Alexandra M., Lyons-Ruth, Karlen, Morgan, Alec C., Bruschiweilerstern, Nadia, Tronick, Edward Z. Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' Than Interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1998. 79: 903—921
- Van der Kolk, Bessel A. The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In Van der Kolk B.A., McFalane A.C. & Weisaeth L. (Eds.) *Traumatic stress: The effect of owerwhelming experience on mind, body and society*. Guilford Press, N.Y., London. 1996: 182—207
- Waller, Niels G., Putnam, Frank W. Types of dissociation and dissociation types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*. 1996. 1(3): 300—323
- Yates, Jean L., Nashby, William. Dissociation, affect, and network models of memory: an integrative proposal. // *Journal of Traumatic Stress*. V. 6, No 3, 1993

- Yun, Rebecca J., Stern, Barry.L., Lenzenweger, Mark F., Tiersky, Lana A.* Refining personality disorder subtypes and classification using finite mixture modeling. *Personal Disorders: Theory, Research, and Treatment.* 2013. 4(2): 121—128
- Zanarini, Mary C., Ruser, Tilla F., Frankenburg, Frances .R., Hennen John.* The dissociative experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry.* 2000. 41(3): 223—227

DISSOCIATION AND BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

V.A. AGARKOV

This article is devoted to dissociation as one of the important aspects of borderline pathology. Here we consider main symptoms of the borderline personality disorder (BPD), including diagnostic criteria for BPD in DSM-V. A brief overview of the development of the concept of dissociation starting with the work of Pierre Janet is suggested. This article presents two approaches to understanding of borderline pathology including dissociative symptoms. The first approach is rooted in the works of Pierre Janet, Morton Prince, and Charles Myers. Modern representatives of this trend are Van der Hart, Nijenhuis, Steele, who have developed the theory of structural dissociation (TSD). According to the TSD BPD belongs to a class of traumatic disorders, i.e. disorders resulting from traumatic experiences. According to this theory dissociation is activated as a defense mechanism during psychic traumatization and is considered as the main mechanism in the pathogenesis of the BPD. We consider here another approach which was initiated in the works of Bowlby, and continued in studies of Main, Solomon, Lyons-Ruth, Howell, Bateman and Fonagy. According to the views of these researchers and clinicians psychic trauma does not play a decisive role in the etiology of BPD. A central factor in the complex mechanisms of BPD is disorganized/disoriented attachment and fixation on pre-mentalization modes of psychic functioning. Mechanism of dissociative symptoms is described by the representatives of this trend in terms of segregated internal working models, as well as failure of mentalization.

Keywords: borderline personality disorder, dissociation, psychic trauma, failure of attachment relationships, mentalization

- Agarkov V.A.* Dissociatsija kak mehanizm psichicheskoj zaschity v kontexte posledstvii psichicheskoj travmy.: dis. ... cand. Psychol. Nauk: 19.00.04 — zaschischna 25.12.2002: utv. 21.03.03. — M., 2002. — 201 s.
- Agarkov V.A.* Empiricheskie issledovanija dissociacii // Brushlinsky A.V., Dzuravliov A.L. (red.) *Sovremennaja psichologija: sostojanie i perspektivy issledovanii. Tezisy dokladov na jubileinoj nauchnoj konferencii IP RAN, 28—29 janvarja 2002 g.* Tom 1. / M.: Izd-vo IP RAN. 2002. s. 242—244

- Agarkov V.A. Bazovye principy psichoterapii posledstviu psichicheskoi travmy. Narusheniya reguljatzii vzbujdenija. // Voprosy psichologii ekstremalnih situacii. 2010. № 1. S. 11—16
- Agarkov V.A. Bazovye principy psichoterapii posledstviu psichicheskoi travmy. Pamjat posle psichotravmirujushego perejivaniya. // Voprosy psichologii ekstremalnih situacii. 2010. № 3. S. 7—15
- Brushlinsky A.V. Problemy psichologii sucta Проблемы психологии субъекта. // М.: IP RAN, 1994. S. 109
- Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steel K. Prizraki proshlogo. Strukturnaja teorija dissociatsii i terapija posledstviu hronicheskoi psichicheskoi travmy. / per. s angl. М.: "Cogito-Centre", 2013. 496 s.
- Jane P. Psichicheskiy avtomatizm. / per. s frats. SPb.: Nauka, 2009. 500 s.
- Kalshed D. Vnutrennii mir travmy / per. s angl. М.: Academicheskii Proekt. 2001. 368 s.
- Kaplan H.I., Sadock B.J. Klinicheskaja psichiatrija / per. s angl. dop. gl. red. prof. T.B. Dmitrievoi М.: GOETAR MEDICINA, 1998. 506 s.
- McWilliams N. Psychoanalyticheskaja diagnostica. / per. s angl. М.: Nezavisimaja firma "Klass", 1998. 480 s.
- Mezhdunarodnyj klassifikator boleznej (10-j peresmotr) / SPb.: "Overlajd". 1994, 304 s.
- Putnam F.W. Diagnostica i lechenie rasstroistva mnojestvennoi lichnosti / per. s angl. М.: "Cogito-Centre", 2004. 440 s.
- Prokhorov A.O. Psichologija neravnovesnyh sostojanii / М.: Izd-vo "Institut psichologii RAN" 1998. 182 s.
- Rubinstein S.P. Bytie i soznanie. / SPb.: Piter, 2012. 288 s.
- Sokolova E.T., Nikolaeva V.V. Osobennosti lichnosti pri pogranichnyh rasstroistvah I somaticheskikh zabojevanijah. / М.: SvR-Argus, 1995. 359 s.
- Thostov A.Sh. Topologija sucta (opyt fenomenologicheskogo issledovaniya). // Vestnik Moskovskogo Universiteta. Ser. 14., Psichologija, 1994. № 2. S. 3—13; № 3. S. 3—12
- Ellenberger G.F.. Otkrytie bessoznatelnogo. Istoriya i evoljucija dinamicheskoi psichiatrii. Часть I. / per. s angl. SPb.: Academicheskii Proekt. 2001. 560 s.
- American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (5th ed.). / Washington, D.C. 2013
- Bateman, Antony W., Fonagy, Peter. 2003. Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-Based Treatment. Oxford, New York: Oxford University Press
- Bernstein, Eve M., Putnam, Frank W. Development, reliability, and validity of dissociation scale. Journal of Nervous and Mental Disease. 1986. 174(12): 727—735.
- Bernstein-Carlson, Eve M., Putnam, Frank W. An update on the dissociative experiences scale. Dissociation. 1993. 4(1): 16—27
- Blizard, Ruth A. Disorganized attachment, development of dissociated self-states, and a relational approach to treatment. Journal of Trauma and Dissociation, 2003. 4(3): 27—50
- Bowlby, John. 1980. Attachment and Loss, Vol. 3: Loss, Sadness and Depression. New York: Basic Books

- Braun, Bennett G.* The BASK model of dissociation. *Dissociation*. 1988. 1(1): 4—23
- Hesse, Erik, Main, Mary.* Second generation effects of unresolved trauma in non-maltreating parents: Dissociated, frightened and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry*. 1999. 19(4): 481—540
- Hilgard, Ernest R.* Toward a neo-dissociation theory: Multiple cognitive controls in human functioning. *Perspectives in Biology and Medicine*. 1973. 17:301—316
- Howell, Elizabeth F.* 2005. *Dissociative Mind*. New York, London: Routledge
- Judd, Patricia Hoffman, McGlashan, Theodore.* 2003. *A Developmental Model of Borderline Personality Disorder*. Washington, Washigton D.C., London, England: American Psychiatric Publishing
- Ludwig, Arnold M.* Altered states of consciousness. *Archives of General Psychiatry*. 1966. 15: 225—234
- Ludwig, Arnold M.* The psychological functions of dissociation. *American Journal of Clinical Hypnosis*. 1983. 26: 93—99
- Lyons-Ruth, Karlen.* The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*. 2002. 2(1): 107—119
- Main, Mary, Solomon Judith.* Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In Brazelton T.B., M. Yogman (Eds.). *Affective Development in Infancy*. Norwood, New Jersey: Ablex. 1996: 95—124
- Millon, Theodore, Grossman, Seth, Millon, Carrie., Meagher, Sarah, Ramnath, Ramnath.* 2004. *Personality Disorders in Modern Life*. New Jersey, Hoboken, John Wiley & Sons
- Nijenhuis, Ellert R.S., Spinhoven, Philip, Van Dyck, Richard., Van der Hart, Onno, Vanderlinden, Johan.* The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1997. 96: 311—318
- Nijenhuis, Ellert R.S., Vanderlinden, Johan, Spinhoven, Philip.* Animal defense reactions as a model for trauma-induced dissociative reactions. *Journal of Traumatic Stress*. 1998. 11(2): 243—260
- Ross, Collin A.* History, phenomenology, and epidemiology of dissociation. In Michelson L.K., Ray W.J. (Eds.) *Handbook on dissociation: Theoretical, empirical, and clinical perspectives*. New York and London: Plenum Press. 1996: 3—24
- Sandler, Joseph., Dreher, Anna Ursula, Drews, Sibylle.* An approach to conceptual research in psychoanalysis illustrated by a consideration on psychic trauma. *International Review of Psycho-Analysis*. 1991. 18: 133—141
- Stern, Daniel N., Sander Louis W., Nahum, Jeremy P., Harrison Alexandra M., Lyons-Ruth, Karlen, Morgan, Alec C., Bruschiweilern, Nadia, Tronick, Edward Z.* Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy: The 'Something More' Than Interpretation. *International Journal of Psycho-Analysis*. 1998. 79: 903—921
- Van der Kolk, Bessel A.* The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In Van der Kolk B.A., McFalane A.C. & Weisaeth L. (Eds.) *Traumatic stress: The effect of overwhelming experience on mind, body and society*. Guilford Press, N.Y., London. 1996: 182—207

- Waller, Niels G., Putnam, Frank W.* Types of dissociation and dissociation types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*. 1996. 1(3): 300—323
- Yates, Jean L., Nashby, William.* Dissociation, affect, and network models of memory: an integrative proposal. // *Journal of Traumatic Stress*. V. 6, No 3, 1993
- Yun, Rebecca J., Stern, Barry.L., Lenzenweger, Mark F., Tiersky, Lana A.* Refining personality disorder subtypes and classification using finite mixture modeling. *Personal Disorders: Theory, Research, and Treatment*. 2013. 4(2): 121—128
- Zanarini, Mary C., Ruser, Tilla F., Frankenburg, Frances .R., Hennen John.* The dissociative experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*. 2000. 41(3): 223—227