

I : ДИССОЦИАЦИЯ

Краткое изложение текстов и разработок различных авторов,
подготовленное Ивом Мересом

mairesse.yves@gmail.com;

06 83 50 30 34

1. Понятие: история и определение

Брюс Д. Перри и его коллеги (<https://www.bdperry.com/caregiving>) доказали, что реакция младенца на травмирующие ситуации заключается в гиперактивации и диссоциации. Это крайние формы того, что Боулби называет соответственно реакцией протеста и реакцией отчаяния в момент разрыва привязанности.

Столкнувшись с угрозой, симпатическая нервная система запускает гиперактивацию, проявление отчаяния в виде крика и плача. Это свидетельствует об интенсивной потребности в регуляции во взаимодействии. Если мать не реагирует, когда младенец судорожно бьется в своем отчаянии, в ответ на это его парасимпатическая нервная система запускает диссоциацию. Младенец отстраняется от стимулов внешнего мира и обращается к "внутреннему" миру, при этом "взгляд у него одновременно отсутствующий и потерянный в пространстве".

Состояние диссоциации травмированного ребенка, борющегося со страхом и ужасом, приводят к оцепенению, стремлению к избеганию, покорности и ограниченности эмоциональных реакций. Мозг выделяет большое количество гормонов, сковывающих поведение и притупляющих боль.

По мнению Биона, речь идет о "психической катастрофе". Диссоциация – это "бегство, когда убежать невозможно" (Патнем), "стратегия последнего средства" (Диксон).

Этот процесс запускается в ситуациях безнадежности и бессилия, когда человек впадает в состояние чрезмерной заторможенности, чтобы избежать внимания, превратившись в "невидимку".

Это закрепляется в качестве базовой стратегии аффективной регуляции и формирует склонность использовать защитную проективную идентификацию в ситуациях межличностного напряжения.

Вредоносным при диссоциации является то, что, начав прибегать к ней, человек остается в этом мире все дольше и дольше. Таким образом, он закрывается от внешнего окружения и становится невосприимчивым к коммуникации с фигурами привязанности.

Кроме того, стратегия избегающей и примитивной диссоциации приводит к устойчивым изменениям в развивающемся мозге. Он сохраняет события в имплицитной процедурной памяти, учащая последующее использование диссоциации.

2. Патологическая защитная проективная идентификация

а. **Травмы привязанности:** Опыт взаимодействия с родителем, который постоянно провоцирует состояния дерегуляции (при этом плохо исправляя ситуацию), интегрируется как патологические объектные отношения (*интроецированное*

микрополе¹). Далее этот опыт встраивается в саму структуру (как нечто повторяющееся, зафиксированное, неизменное). Из этого пространства, накапливающего отщепленные части "я", исходят проекции, направленные на терапевта.

б. **Истоки Защитной проективной идентификации и диссоциации:** находясь в условиях небезопасной привязанности, младенец переходит от стратегии борьбы (активации) к состоянию неподвижности, отстраненности и ограниченной чувствительности. Речь идет о примитивной/первичной саморегуляции. Гиперактивация и диссоциация – это крайние формы реакции протеста и отчаяния, на которые указывает Боулби, описывая ситуацию разрыва привязанности. Кроме того, существует сложность выйти из этого состояния консервации-отстраненности (диссоциация становится все более продолжительной). Сохраняясь в имплицитной процедурной памяти, эти происшествия увеличивают последующее применение диссоциации.

с. **В терапевтической ситуации:** в случае сильного сбоя со-настройки в отношениях, неотрегулированные, взаимно обусловленные аффекты усиливаются и вызывают мгновенный разрыв связи, воссоздается "сцена-образец" и происходит отщепление. У терапевта мобилизуется интенсивное эмоциональное сопротивление в виде соматических признаков (физиологические реакции = телесный контрперенос). Влияние носит взаимный характер, в том числе и в случае отыгрывания (происшествия, которые каждый человек воспринимает как следствие поведения другого). Во взаимодействии между клиентом и терапевтом может произойти эскалация, когда терапевт становится активным участником взаимной проективной идентификации.

Главный вопрос заключается в том, способен ли терапевт в достаточной степени регулировать свои собственные негативные состояния (или позитивные состояния, не признаваемые клиентом), чтобы действовать в качестве регулятора взаимодействия.

Опыт, лежащий в основе травмы развития, – это переживание раздробленности отношений между "я" и родительской фигурой, составляющих саму ткань жизни. Эта проблема возникает, когда фигура привязанности устраняется от реализации любой функции Я-Объект². В этих ситуациях дерегуляции младенец вынужден один справляться с переживаниями, которые он не может контролировать самостоятельно, будучи неготовым к этому. Ощущается нехватка восстановления, «починки» через взаимодействие. В этом случае ребенок вынужден прибегать к патологическим формам

¹ Согласно гештальт-терапии объектных отношений, когда взаимоотношения со взрослым одновременно содержит как нечто жизненно важное, так и непереносимое, ребенок временно решает эту дилемму контакта путем отщепления, в виде интроецированного микрополя. Подобно интроектам Перлза и Гудмана, интроецированное микрополе происходит из незавершенной ситуации и состоит из элемента среды, части Self и границы-контакт между ними. Как таковое, оно трудно поддается сознанию. Однако подобная контактная дилемма сохраняет всю свою психо-аффективную энергию. То, что ребенку не удалось сделать в детстве, он неустанно пытается разрешить день за днем, воздействуя на поле взаимоотношений так, чтобы воспроизвести прежнюю тупиковую ситуацию, в которой он продолжает быть запертым, в надежде распутать ее. – *Прим. пер.*

² Понятие "Я-Объект" принадлежит Х. Кохуту. Оно отображает одну из основных функций фигуры привязанности. Дети нуждаются в этом, когда еще не могут справиться со стрессом или непереносимой ситуацией. В таком случае они полагаются на доступный Я-Объект, чтобы преодолеть тягостное состояние. Однако это предполагает, что Я-Объект присутствует и достаточно эмпатичен. Постепенно такой опыт позволяет ребенку присвоить себе те ресурсы, которые помогают ему выдерживать и преодолевать все более сложные эмоциональные состояния. Если ребенок не находит достаточно стабильного Я-Объекта, он остается один на один с этими непереносимыми переживаниями и вынужден изолировать их в какой-то части Self, где они будут порождать страдания и тревогу.

внутреннего избегания, отщеплению и дроблению Self, чтобы защититься от страданий...

Более того, если эти состояния не прекращаются, младенец тратит свою энергию на восстановление равновесия и в это время не может заниматься ничем другим, что задерживает развитие социально-эмоциональной системы и правого полушария мозга...

Существуют две возможные психобиологические реакции ребенка:

- Гиперактивация – состояние страха, ужаса, взаимная эскалация гормона стресса, повышение уровня кортиколиберина.
- Диссоциация – более поздняя и продолжительная парасимпатическая реакция вегетативной нервной системы, которая приводит к отстранению от внешнего мира и обращению внутрь себя. Наблюдаются оцепенение, избегание, ограниченная чувствительность, отсутствующий и потерянный взгляд, состояние отчаяния, ребенок пытается стать невидимым. Это позиция выживания, подавления восприимчивости и контакта.

3. Концепция травмы и диссоциации в теории развития

Фрейд определил вытеснение как основной механизм патологии.

По мнению Кохута, переживание фрагментации и диссоциации представляет собой самое глубокое тревожное состояние, которое может испытать человек. Анна Фрейд говорит о чувстве психического бессилия.

Состояние консервации-отстраненности связано с чувством отчаяния и бессилия, покорностью перед неизбежностью надвигающейся опасности, даже той, которая является смертельной для психики.

Катастрофические ситуации возникают также при отсутствии восстановления, «починки» через взаимодействие в ответ на диссоциативные реакции младенца. Личность (иммунная система) защищает части себя от травмирующего вторжения или насилия, запечатывая пострадавшую область (*отщепление, сохранение в травматических воспоминаниях*).

Диссоциация представляет собой недостаток нормальной интеграции мыслей, чувств и переживаний в поток сознания и памяти. В настоящее время особо подчеркиваются воздействие диссоциации на соматическую сферу и на область восприятия тела. При этом не следует забывать, что диссоциация – это защитная реакция, реакция выживания, и что расстройство личности направлено на защиту от воспроизведения травмы.

Несостоятельная фигура привязанности меньше играет с младенцем. Ввиду слабого уровня привязанности она плохо защищает его от других потенциальных агрессоров, таких как отец или братья и сестры. Такой родитель пребывает в недоступности или реагирует неадекватно, отвергает ребенка в ответ на его выражение эмоций или стресса. Его участие в регулировании аффектов минимально или непредсказуемо. Вместо того чтобы модулировать их, он провоцирует крайние уровни стимуляции и активации: очень высокий уровень при жестоком обращении, очень низкий уровень в случае пренебрежительности.

Таким образом, отношения между младенцем и родительской фигурой фрагментируются из-за травматических событий, которые разрывают связь, не оставляя возможности для ее восстановления. В результате младенец вынужден направлять все свои ресурсы на преобразование своих разрегулированных эмоциональных состояний и

не может заниматься ничем иным. В эти крайне важные периоды развития правого полушария мозга ребенок лишается возможности социально-эмоционального обучения. Такие младенцы, которых Мейн и Саломон (1996) относят к категории "дезорганизованной и дезориентированной" привязанности, обладают низкой терпимостью к стрессу и испытывают тревогу по отношению к родителю, вместо того чтобы обрести рядом с ним ощущение безопасности. Поскольку встревоженный младенец неизбежно ищет своего родителя, он оказывается лицом к лицу с неразрешимым парадоксом. Он не может ни приблизиться к родителю, ни убежать от него.

Как уже упоминалось, психобиологическая реакция младенца на травму проявляется в двух формах: гиперактивации и диссоциации.

На начальной стадии угрозы внезапно активируется симпатический компонент вегетативной нервной системы (ВНС), что приводит к повышению артериального давления, учащению сердцебиения и дыхания. Отчаянное положение выражается плачем, а затем криком. *В системе мать/младенец с дезорганизованной привязанностью каждый из них усиливает эмоциональное напряжение. Младенец неистово бьется в своем отчаянии, кричит, отрыгивает, а в случае крайней отчаянности – выгибает спину, поворачивает голову на 90 градусов и заходится криком.* В этом состоянии страха и ужаса, которое зависит от симпатической активности, повышается уровень главного гормона стресса кортиколиберина, который, в свою очередь, регулирует активность норадреналина и адреналина.

Второй, более поздней и длительной реакцией является диссоциация (парасимпатическая реакция ВНС), при которой младенец отстраняется от стимулов внешнего мира и обращается к миру внутреннему. Диссоциация у испуганного ребенка включает в себя оцепенение, избегание, уступчивость и ограниченность эмоциональных реакций. У некоторых из этих травмированных младенцев наблюдается "одновременно отсутствующий и потерянный в пространстве взгляд".

Это состояние консервации и отстраненности, преимущественно связанное с парасимпатической системой, возникает в стрессовых ситуациях, вызывающих ощущение беспомощности и отчаяния, во время которого человек становится заторможенным и стремится избежать внимания, чтобы стать "невидимым".

Такой механизм защиты можно проследить на протяжении всей жизни, когда человек, находящийся в состоянии стресса, пассивно устранивается, чтобы сохранить энергию, попытаться выжить, приняв позу, имитирующую смерть, что позволяет, посредством неподвижности, залечивать раны и восстанавливать истощенные ресурсы. Диссоциация представляет собой отстранение от невыносимой ситуации, бегство, уход от безвыходности, защитную стратегию применения последнего средства (см.: *"На границе между собой и другим: эссе об эгоизме"* Жоржа Пьерре).

Развиваясь позже, диссоциативная реакция отличается от первоначальной реакции повышенного возбуждения на нейробиологическом уровне. В этом пассивном состоянии повышается уровень эндогенных опиатов, которые вызывают онемение и притупляют боль, а также гормонов стресса, ограничивающих поведение, таких как кортизол. Кроме того, значительно повышается активность дорсального вагального комплекса в продолговатом мозге, что приводит к снижению частоты сердечных сокращений, артериального давления и метаболической активности, несмотря на увеличение циркуляции норадреналина и адреналина. Это увеличение парасимпатической активности позволяет младенцу поддерживать гомеостаз, несмотря на состояние внутреннего симпатического перевозбуждения. Шор отмечает, что в травматическом состоянии, которое может быть продолжительным, чрезмерно активируется как симпатический компонент ВНС, потребляющий энергию, так и

парасимпатический компонент, сберегающий энергию. (Это напоминает водителя, который стремительно разгоняется и одновременно нажимает на тормоз. Можно представить, как это сказывается на работе двигателя и сколько энергии он расходует, при этом не двигаясь с места).

4. Как понять диссоциативное рискованное поведение

Когда несмотря ни на что поведение избегания не дает необходимого результата, миндалевидное тело головного мозга активизируется и запускается травматическая память со всеми ее страданиями и переживанием сильнейшего отчаяния. В таких случаях диссоциативное поведение – самолечение, эффективность которого зачастую оказывается случайной, – часто является единственным способом успокоить подобное переживание отчаяния. Речь идет о том, чтобы повторно запустить первоначальный разрыв, разъединение, чтобы достичь состояния эмоциональной и физической анестезии и диссоциации.

Существует **несколько возможных вариантов** того, как вызвать подобное разъединение, чтобы добиться эмоциональной и физической анестезии:

- либо уровень стресса настолько высок, что вызывает "короткое замыкание" и спонтанное разъединение, приводящее к диссоциации и эмоциональной и физической анестезии.
- либо спонтанное разъединение не происходит ввиду переносимости и привыкания к психоактивным веществам головного мозга, и тогда **применяется «самолечение», чтобы добиться подобного разъединения, спровоцировав его.** Для этого существует несколько способов: либо **усугубление стресса** с помощью опасного или рискованного поведения (например, самоповреждения), амфетаминов или насилия, которому человек подвергает себя или другого (вызываемая диссоциация + обезболивание); либо **непосредственное употребление диссоциирующих препаратов**, алкоголя или психотропных средств в больших дозах (вызываемая диссоциация + обезболивание).

Следовательно, провоцируемое разъединение достигается:

- **либо за счет увеличения мозгом секреции эндогенных диссоциирующих наркотиков** (морфиноподобных и кетаминоподобных нейромедиаторов) за счет повышения уровня стресса или боли в результате рискованного поведения, подвергания себя опасности, насилию или же осуществляя его.
- **либо путем добавления внешних диссоциирующих средств:** алкоголя, наркотиков. Психотравма является причиной употребления алкоголя у 52 % мужчин и 28 % женщин, а употребления других психоактивных веществ – у 35 % мужчин и 27 % женщин.

Речь идет о том, чтобы воссоздать состояние диссоциации и анестезии, пережитое в момент травмы, что является эффективным временным решением, но в среднесрочной перспективе приводит к катастрофическим последствиям (**ведь такие решения подкрепляют травматическую память миндалевидного тела** и приводят к сохранению и усилению всех симптомов, связанных с разъединением: проблемы с памятью, травматическая память, расстройства личности, уязвимость к стрессу, крайне негативное самовосприятие и т. д.).

Таким образом, существует два способа воссоздать это состояние диссоциации:

- путем **чрезмерного усиления напряжения:** уровень стресса должен быть повышен либо за счет **опасного поведения**, воспроизводящего первоначальные

травмирующие обстоятельства, либо путем **направления агрессии на самого себя** (причинение себе боли, самоповреждение, подвергание себя опасности), либо за счет **агрессивного поведения в отношении других**;

- с помощью **эффекта "отключки"**, используя **наркотики с диссоциативным эффектом**, такие как алкоголь, каннабис и галлюциногены (воздействие антагонистов NMDA-рецептора³), героин (воздействие на эндогенные опиоидные рецепторы) или психостимуляторы (эффект экстремального стресса за счет повышения уровня катехоламинов; анорексия вызывает тот же эффект).

Подобные психо-травматические расстройства являются причиной **диссоциации**, приводящей к **эмоциональной анестезии**, что сопровождается нарушениями сознания (ощущение нереальности, присутствия в качестве зрителя сцены насилия, деперсонализация, кратковременное помутнение рассудка), **травматической памятью** (настоящей бомбой замедленного действия, с интрузивными реминисценциями, вновь и вновь заставляющими переживать насилие с теми же страданиями и отчаянием), **повышенной бдительностью, контролирующим и избегающим или рискованным видами поведения, что представляет собой эффективную, но очень вредоносную стратегию ухода от травматической памяти.**

Они также являются источником когнитивных расстройств, поведенческих проблем, расстройств пищевого поведения, нарушений сна и расстройств личности. ****Это типичные и характерные последствия травматического насилия. Они влекут за собой сильнейшие психологические страдания.**

Эти механизмы и их последствия объясняют психо-травматические симптомы и поведенческие нарушения жертв, которые часто кажутся совершенно непонятными для окружающих, сопровождающих их специалистов, и для самих жертв.

Данные симптомы можно резюмировать следующим образом:

- **подвергание себя опасности**; минимизация и банализация некоторых форм сексуального насилия (из-за эффекта анестезии); **неспособность долго сохранять осуждающее отношение к агрессорам** (отцу, супругу), по отношению к которым у жертв развивается **зависимость**. Как ни парадоксально, поначалу они могут чувствовать себя лучше (фактически, находясь в еще большей диссоциации) рядом со своим обидчиком, чем в защищенном от него месте (что подвергает их реминисценциям), и поэтому отказываются от мысли покинуть его.
- **реминисценции** (которые могут проявляться как галлюцинации); феномены диссоциации (с ощущением чуждости самому себе); **поведение избегания** (которое может стать абсолютно навязчивым); попытки "самолечения", представленные **диссоциативным поведением**: аддиктивное поведение, рискованное поведение и самоагрессия (непонятные и вызывающие чувство вины), заставляющие жертву чувствовать себя сумасшедшей, бесполезной, неспособной, глупой, извращенной, – чувства, которые умело поддерживает агрессор...

Крайне важно приободрять, поддерживать жертв и восстановить их чувство собственного достоинства, разъясняя механизмы психотравмы и объясняя, что это нормальная реакция на ненормальную ситуацию, такую как переживание насилия.

³ NMDA-рецепторы (N-метил-D-аспаратные рецепторы) – это ионотропные рецепторы, активируемые в физиологических условиях глутаматом и глицином и имеющие важнейшее значение для памяти и синаптической пластичности.

5. В терапевтической ситуации: воспроизведение

Воспроизведение принимает форму кратковременной гиперактивации в ходе сеанса, как и в поле 4 (*особенности развития в детстве*)⁴, когда ребенок становился гиперактивным, посылая призывы о помощи: сигналы, свидетельствующие о необходимости регуляции.

В поле 1 (*текущие отношения клиента и терапевта*) клиент становится гиперактивным, и если терапевт не может понять происходящего, потому что застрял на содержании дискурса (левое полушарие мозга), то клиент, как и в прошлом, прибегает к диссоциации, чтобы защитить себя.

Феноменология диссоциации: "брешь" в диалоге, резкий разрыв зрительного контакта, внезапное прекращение плача, замешательство (мини-диссоциация), кататоническое состояние (сильная диссоциация). Клиент был оживлен, но внезапно полностью "деактивируется".

На самом деле клиент находится в состоянии гиперактивности, чтобы поделиться с нами чем-то иным, передать переживания того времени, когда у него еще не было доступа к словам, и поэтому нам он тоже не может сообщить этого словами. При этом повторять эти попытки он будет снова и снова.

При воспроизведении мы должны быть готовы к тому, что часто будем более затронуты, чем сам клиент, который испытывает эти аффекты уже немало лет.

У клиента нет слов, чтобы отразить раны этого возраста, и среди средств коммуникации ему остается только лишь проективная идентификация, поскольку таков был один из немногих способов общения с матерью до двухлетнего возраста. Такая коммуникация могла быть здоровой, адаптивной или защитной. В данном случае, когда затрагиваются вопросы привязанности, **проективная идентификация (будь то адаптивная или защитная) передается через невербальную коммуникацию, просодию⁵, нейровегетативную систему и, следовательно, все соматические проявления (включая висцеральные, внутренностные)**. Параллельно с сознательным вербальным дискурсом (*левое полушарие*), происходит обмен информацией между правой лимбической системой клиента и терапевта (между двумя правыми полушариями).

Последовательность гиперактивация-диссоциация характерна для проективных идентификаций, связанных с проблемами привязанности. Это не относится к проективным идентификациям, связанным с теми вопросами развития, которые характерны для периода, когда ребенок получает все больший доступ к словам.

Как только терапевт прибегает к защите левого полушария головного мозга (интеллектуализация или интерпретация), происходит мгновенный разрыв связи с клиентом, и терапевт рискует упустить возможность имплицитной, бессловесной "починки", восстановления. Клиент, со своей стороны, сразу же улавливает этот разрыв, и если утративший со-настройку терапевт упорно отказывается быть носителем проективной идентификации, или же если терапевт настойчив в своих интерпретациях,

⁴ В гештальт-терапии объектных отношений для лучшего понимания тупиковых ситуаций в отношениях между терапевтом и клиентом используются четыре поля:

- поле 1 - "здесь и сейчас" терапевтических отношений, т. е. то, что происходит между двумя людьми с психодинамической точки зрения;
- поле 2 - история терапевтических отношений, их развитие и темы, которые могут воспроизводиться;
- поле 3 - современная история клиента, то, что он или она переживает сегодня в своих отношениях, особенно встречаясь с трудностями;
- поле 4 - особенности развития в прошлом, то есть детство клиента и среда, в которой он развивался. – Прим. пер.

⁵ Особенности интонации, артикуляции, силы и интенсивности речи. – Прим. пер.

он может, как в прошлом сами родители, воспроизвести первоначальную травму. Тогда клиент попадает в хаотическое состояние, подобное травматическим переживаниям, накопленным в имплицитной памяти до двухлетнего возраста (в этом возрасте функционировало только миндалевидное тело). Как и в детстве, клиент резко переходит от гиперактивации (симпатическая система) к диссоциации (парасимпатическая система) без разрядки аффекта; этот непереносимый аффект остается, но диссоциирован (системы "ускорения и торможения" работают на полной мощности одновременно!). Клиент вынужден прибегнуть к диссоциации, чтобы защитить себя, больше не привлекать внимания, как будто он "перестает существовать, чтобы не умереть".

Отказ быть носителем проективной идентификации воспринимается правым полушарием клиента на подсознательном уровне, поскольку выражение лица терапевта **неосознанно** показывает его реакцию на передачу ему негативных аффектов. По сути, внутренние переживания терапевта передаются непроизвольно **менее чем за 100 мс**, что не достигает порога сознания. Проективная идентификация и реакция терапевта на нее передаются в большей степени невербально через мимику и просодию, чем через лингвистические элементы. Проективная идентификация – это разговор между лимбическими системами. С ее помощью клиент вызывает у терапевта аффективное состояние, идентичное тому, которое он сам не в состоянии терпеть, потому что так и не смог выстроить нейронные структуры, позволяющие это сделать. **Следовательно, это следует рассматривать не как злонамеренность, а как бессилие, отчаяние и крик, вызывающий о помощи в регуляции.**

II. ВКЛАД МЮРИЭЛЬ САЛЬМОНЫ

Более подробная информация: см. статью "Травматическая память" Мюриэль Сальмоны и ее библиографию в "Кратком справочнике по психо-травматологии", Париж, изд. "Dunod", 2008. (Muriel Salmona, *La mémoire traumatique* in *L'aide-mémoire en Psychotraumatologie*, Paris, Dunod, 2008.)

1. Психо-травматические механизмы в действии

Пережитое насилие приводит к образованию травматической памяти о событии, которая отличается от нормальной автобиографической памяти, поскольку не интегрируется и удерживается, "застревает" в определенных структурах головного мозга. Механизмы, лежащие в основе этой травматической памяти, можно отнести к исключительным защитным механизмам, запускаемым мозгом, чтобы избежать чрезвычайного риска, связанного с экстремальной эмоциональной реакцией на травму.

Ребенок, столкнувшийся с ужасающим и непостижимым насилием, а также со взрослым, который внезапно превращается в "монстра" или ведет себя непоследовательно, оказывается психологически и физически парализованным, пребывая в состоянии шока. Это видимое на снимках МРТ оцепенение (в котором ребенка нередко упрекают: "Почему ты не отреагировал, не убежал, не сказал "нет" и т. д.?") блокирует детский психический аппарат, тем самым подавляя любые ментальные представления и лишая возможности контролировать эмоциональную реакцию.

Данная эмоциональная реакция запускается подкорковой структурой мозга – миндалевидным телом. Она похожа на сигнал тревоги, который срабатывает, чтобы обеспечить нам возможность отреагировать на опасность, встретиться с ней лицом к лицу или убежать от нее. Она провоцирует повышенную бдительность и выработку гормонов стресса: адреналина и кортизола, которые снабжают организм "топливом"

(кислородом и глюкозой). Как и любой сигнал тревоги, в целях безопасности она не может отключаться спонтанно; только кора головного мозга способна модулировать ее или отключать с помощью ментальных репрезентаций (интеграция, анализ и понимание ситуации, принятие решений).

В ситуации насилия, состояние потрясения и психологическая незрелость ребенка приводят к тому, что кора его головного мозга не в состоянии модулировать сигнал тревоги, поэтому он продолжает "завывать" и провоцировать выработку большого количества гормонов стресса. Организм оказывается в состоянии крайнего напряжения, с таким уровнем токсичных гормонов стресса, который представляет смертельную угрозу для сердечно-сосудистой системы (адреналин) и нервной системы (кортизол: повреждение нейронов). Чтобы избежать этого смертельно опасного риска, – как в случае с перегруженной электрической цепью, которая размыкается для защиты электрооборудования, – мозг размыкает эмоциональную сеть, используя нейротрансмиттеры, которые представляют собой анестезирующие и диссоциативные "тяжелые наркотики" (морфиноподобные и кетаминоподобные, эндорфины и антагонисты NMDA-рецепторов).

2. Разрыв в эмоциональной сети и травматическая диссоциация

Изолировав миндалевидное тело, такое разъединение гасит эмоциональную реакцию и устраняет смертельный риск, жестко навязывая состояние эмоциональной и физической анестезии. Однако данное разъединение становится причиной травматической диссоциации – расстройства сознания, связанного с разрывом связи с корой головного мозга, что приводит к ощущению нереальности, чуждости и отсутствия, создавая у ребенка впечатление, что он является зрителем событий, смотрит фильм.

Поскольку жертва находится в состоянии диссоциации, агрессора не стесняют никакие сигналы отчаяния, тревоги, исходящие от нее. Это крайне опасно в положении ребенка, ведь насильственные действия могут становиться все более и более запредельными, а он не в состоянии на них отреагировать. Эмоциональная анестезия не оберегает его от еще большего усиления травматизации. Более того, поскольку такая диссоциация превращает жертву в "автомат", обидчик может делать с ней все, что захочет, и легко заставить ее участвовать в насилии и отвечать мнимым согласием на фразы вроде "скажи, что тебе это нравится, и что ты этого хочешь!" В дальнейшем агрессор сможет утверждать, что он не совершал никакого насилия, и что ребенок дал согласие, а полиция, жандармы и судьи, не понимая этих процессов диссоциации, рискуют признать согласие ребенка, что превратится в верх несправедливости... Это также вопиюще в случае групповых изнасилований девочек-подростков, которые, находясь в состоянии полной диссоциации, не выказывают никакой реакции, или выполняют требования насильников. Следовательно, может создаваться впечатление, что они добровольно участвуют в происходящем.

Эта травматическая диссоциация, – которая может длиться часами, днями, месяцами или даже годами, если ребенок продолжает страдать от насилия, или если он остается в контакте с агрессором и его пособниками, – в дальнейшем приводит к тому, что эмоционально анестезированный ребенок кажется безразличным, постоянно отключенным.

Хотя каждый человек обладает врожденной способностью воспринимать эмоции других людей благодаря зеркальным нейронам, при встрече с анестезированным человеком у нас не возникнет никаких эмоциональных переживаний, и его страдания можно распознать только на интеллектуальном уровне. Члены семьи и специалисты, не

понимающие подобной диссоциации, будут реагировать на нее, проявляя недостаток эмпатии, преуменьшая масштабы насилия над ребенком и его страдания, не веря или даже ставя под сомнение его слова и реальность насилия.

Более того, ребенка в состоянии диссоциации часто считают слабоумным, непоследовательным, неспособным понять, что происходит, и отреагировать на это. Следовательно, он может подвергаться насмешкам, унижениям и оскорблениям со стороны окружающих. В фильме "Polisse"⁶ мы наблюдаем подобную сцену с девочкой-подростком, которую заставляют заниматься оральным сексом с несколькими подростками, чтобы вернуть свой мобильный. Она кажется настолько безразличной к ситуации, что полицейские позволяют себе читать ей нотации и даже издеваться над ней, задавая вопрос: "А если бы кто-то забрал твой ноутбук, тогда бы ты что сделала?". И весь зал кинотеатра взрывается от смеха...

3. Разрыв в цепях памяти и травматическая память

Такое разъединение также является причиной нарушений, возникающих из-за прерывания цепей интеграции памяти: частичной или полной амнезии и, в особенности, травматической памяти.

Травматическая память – это эмоциональная память о насилии, содержащаяся в миндалевидном теле головного мозга, которая не была обработана гиппокампом, поскольку она от него отсоединена. Гиппокамп – это мозговая структура, которая интегрирует и преобразует эмоциональную память в автобиографическую и вербальную. Подобно программному обеспечению, гиппокамп незаменим для хранения и обращения к воспоминаниям, знаниям и умениям, а также для ориентации во времени и пространстве. В результате разрыва в цепи эти функции оказываются серьезно нарушенными.

Травматическая память лежит в основе всех психо-травматических расстройств.

Это инкапсулированная эмоциональная память, отличающаяся сверхчувствительностью и неконтролируемостью; так называемая фантомная память. В любой момент она готова "взорваться" и вновь заставить пережить жестокие происшествия и связанные с ними эмоции и ощущения в тех же самых пугающих и мучительных формах. Она "детонирует", как только какая-либо ситуация, аффект или ощущение напомнят о насилии или заставят опасаться, что оно повторится. Подобно "бомбе замедленного действия", она может сработать спустя месяцы или даже годы после пережитого. "Взрываясь", она неконтролируемым образом вторгается во все психическое пространство; превращает психологическую жизнь в минное поле. Словно "черный ящик", она содержит не только эмоциональные, сенсорные и болезненные переживания жертвы, но и все, что связано с актом насилия, его контекстом и самим агрессором (его мимикой, инсценировками, ненавистью, возбуждением, выкриками, словами, запахом и т. д.).

Травматическая память часто ответственна не только за переживание ужаса, отчаяния, впечатление неминуемости смерти, болевые, необъяснимые ощущения, но и за чувства стыда, вины и разрушенную самооценку, что подпитывается травматическими воспоминаниями о сказанном агрессором. Все смешивается, не поддается идентификации, сортировке или контролю (Ван дер Харт, 2010). В момент насилия подобное отсутствие дифференциации не позволяет жертве отделить то, что исходит от нее, от того, что возникает со стороны агрессора. Она может ощущать собственный

⁶ Французский драматический фильм 2011 года режиссёра Майвенн, повествующий о буднях сотрудников полиции, которые работают с детьми жертвами сексуального насилия и жестокого обращения. – *Прим. пер.*

ужас в сочетании с возбуждением и извращенным удовольствием, которые проистекают от другого. Кроме того, она не может защититься от лживых и губительных фраз обидчика: "тебе это нравится", "это то, чего ты хочешь", "это то, чего ты заслуживаешь", которые оседают в миндалевидном теле головного мозга. После пережитого насилия эта травматическая память остается там, как в ловушке.

Сохраняя такую травматическую память, человек против собственной воли вновь и вновь переживает самые страшные моменты ужаса, боли и отчаяния, как бесконечную пытку, когда внезапно возникает ощущение, что он в большой опасности, что его швырнули на землю, раздавили, жестоко избили, что он потерял сознание, что он умирают, что его голова или тело вот-вот взорвутся, и это сопровождается удушьем и сильной болью. Агрессор неизменно присутствует рядом с жертвой, навязывая ей те же чудовищные вещи, убийственные фразы, намеренно причиняемые страдания, то же извращенное удовольствие от ее уничтожения, те же инсценировки-мистификации, сопровождающиеся ненавистью, презрением, оскорблениями и словами, на самом деле не имеющими к ней никакого отношения. При этом, чем раньше в жизни жертвы происходит насилие, тем дольше она вынуждена выстраивать себя с этими эмоциями и ощущениями ужаса, в присутствии этих извращенных поступков и слов; тем больше она обречена бороться со всем этим, при этом не понимая этого и не зная, где проходит разграничительная линия между ней самой и данной травматической памятью. Эта память преследует, овладевает ею, и не дает ей быть самой собой; хуже того, она заставляет жертву поверить, что в ней заключены два, три или даже четыре человека: один нормальный (тот, кем она является); второй – ничтожество, которое всего боится; третий – виновный, которого нужно стыдиться и который заслуживает смерти (то что, инсценировал агрессор, и что жертва в итоге сама интегрирует, ведь это непрерывно прокручивается у нее в голове); четвертый рискует стать жестоким и извращенным, и его нужно постоянно контролировать и ограничивать (агрессор настолько присутствует и заполняет, что в итоге жертва начинает пугаться самой себя, путая его с собой) (Сальмона, 2013, 2015).

У новорожденного или младенца, травмированного сексуальным насилием, формируется травматическая память, даже если он не может вспомнить насилие (гиппокамп способен формировать автобиографическую память только начиная с 2–3-летнего возраста).

4. Разрыв в цепях памяти и эмоций и травматическая амнезия

Во время акта насилия и до тех пор, пока ребенок находится под воздействием агрессора, в действие могут вступать три основных механизма, позволяющие пережить это:

- **бегство** редко бывает возможным, но, если оно происходит, это часто представляет большую опасность для самого ребенка. Если ребенок сбегает из дома, или если подросток рано уходит из семьи, всегда важно установить, какое насилие могло послужить причиной этого.
- **механизм адаптации** позволяет предвосхищать проявление насилия, а также избегать риска быть отвергнутым и брошенным. Дети сверхадаптируются к своим обидчикам, отождествляя себя с ними и учась улавливать и предугадывать малейшие перепады их настроения. Они становятся настоящими сканерами, способными расшифровывать и предугадывать потребности своих мучителей. Очень важно их никогда не разочаровывать, не раздражать и не расстраивать, а значит, их нужно знать досконально, постоянно следя за тем, что они делают и о чем думают. Это явление может создать у детей впечатление, что они очень

привязаны к своим обидчикам, которые занимают все место в их голове (стокгольмский синдром). Дети могут поверить, что их мучители значат для них больше, чем что-либо другое (об этом им постоянно напоминает сам агрессор: "Я для тебя все, без меня ты ничто..."), и что то, что они испытывают, – это чувство любви, тогда как на самом деле это реакция адаптации к ситуации всеобъемлющего ужаса.

- **Диссоциация** может запускаться автоматически, как нейробиологический механизм защиты перед лицом экстремального стресса и непереносимых ситуаций. Как мы уже видели, в этом случае ребенок отключается от своих эмоций, что сопровождается эмоциональной анестезией и гораздо более высоким порогом устойчивости к боли. Он начинает функционировать в автоматическом режиме, в режиме робота, отстраненный от самого себя, как будто зритель. Это приводит к возникновению псевдо-терпимости к невыносимому: "А мне и не больно!" Пока длится подобная диссоциация, ситуация кажется нереальной, и ребенку очень трудно осознать серьезность насилия, которому он подвергается. Более того, эта травматическая диссоциация приводит к тому, что перед лицом агрессора или любого другого человека ребенок выглядит безразличными к своей судьбе, инертным, ведь он отрезан от своих эмоций. Аналогичным образом, членам семьи и специалистам нелегко заметить страдания и отчаяние ребенка, и они рискуют пойдут по ложному пути. Наконец, как мы уже видели, такая диссоциация является основным фактором риска того, что с ребенком будут плохо обращаться, что он станет всеобщим козлом отпущения.

Оказавшись вдали от агрессора после пережитого насилия, дети выходят из перманентного диссоциативного состояния, но травматическая память берет свое, и они продолжают попадать под гнет насилия и агрессора, всякий раз, когда какая-либо связь напоминает о них (место, ситуация, ощущение, эмоция). И вновь это становится невыносимым и создает впечатление погружения в безумие. Поэтому травмированные жертвы должны стараться любой ценой избежать травматических воспоминаний, и для этого существуют две возможные стратегии:

- **поведение избегания, повышенной бдительности и контроля**, которое проявляет ребенок, чтобы уберечься от ужасающих пусковых механизмов травматической памяти в отношении всего, что может заставить ее "взорваться" (тревога перед разлукой, регрессивное поведение, интеллектуальная отстраненность, фобии и обсессивно-компульсивные расстройства, такие как повторяющаяся процедура мытья или постоянная перепроверка, непереносимость стресса). Он часто создает себе маленький параллельный мир, где чувствует себя в безопасности. Это может быть мир физический (например, его комната, где он окружен предметами, плюшевыми игрушками или животными, которые его успокаивают) или ментальный (параллельный мир, где он постоянно укрывается). Любые изменения будут восприниматься как опасность, поскольку они подрывают его устоявшиеся ориентиры, и тогда он прибегает к повышенной бдительности (чувство страха и постоянной угрозы, состояние настороженности, гиперактивность, раздражительность и проблемы с вниманием). Подобные проявления избегания и настороженности изнурительны и чрезмерно навязчивы, что приводит к когнитивным проблемам (*проблемы с вниманием, концентрацией и памятью*), которые часто негативно сказываются на школьной жизни и обучении. Однако в таком поведении избегания и контроля травмированным детям часто препятствуют взрослые, которые ничего не понимают в том, что они чувствуют. Им приходится становиться самостоятельными и подвергать себя тому, что их больше всего пугает, например, разлучаться с родителями или защищающим их взрослым, спать одним в темноте, сталкиваться с агрессором или человеком,

похожим на него, оказываться в новых и незнакомых ситуациях и т. д. Когда ребенок не защищен и не имеет возможности задействовать эффективные модели поведения избегания, его травматическая память часто "взрывается", каждый раз повергая его в глубокое отчаяние, пока он не диссоциируется путем разъединения. Тем не менее, в результате привыкания к диссоциирующим психоактивным веществам, выделяемым мозгом, эмоциональная цепь будет все больше утрачивать способность к такому разрыву, что создаст еще более невыносимые страдания, которые можно успокоить или предотвратить только с помощью диссоциативного рискованного поведения.

- **диссоциативное рискованное поведение**, эффективность которого дети и подростки быстро обнаруживают, служит для того, чтобы спровоцировать разъединение "любой ценой", силой погасить эмоциональную реакцию, анестезируя ее, и тем самым успокоить непереносимое состояние напряжения или предотвратить его возникновение.

Этого спровоцированного разъединения можно достичь двумя способами: либо вызывая очень высокий уровень стресса, который увеличивает количество диссоциативных веществ, выделяемых организмом; либо употребляя диссоциативные препараты (*алкоголь, наркотики*). К таким диссоциативным рискованным формам поведения относятся: самоагрессия (*нанесение себе ударов, укусов, ожогов, шрамов, попытки самоубийства*), подвержение себя опасности (опасное вождение, опасные игры, экстремальные виды спорта, рискованное сексуальное поведение, проституция, бегство из дома, опасные знакомства), аддиктивное поведение (*алкоголь, наркотики, лекарства, расстройства питания, аддиктивные игры*), противоправные и агрессивные поступки в отношении других (*другой человек используется как некий «предохранитель», когда навязываются взаимоотношения с позиции силы, чтобы разорвать цепь и анестезировать себя*). Таким образом, рискованное поведение представляет собой намеренное создание опасности. Оно заключается в активном или даже компульсивном поиске ситуаций, поступков или использовании продуктов, заведомо вредоносных в краткосрочной или среднесрочной перспективе. К риску стремятся из-за его прямой диссоциативной силы (*алкоголь, наркотики*) или же ради экстремального стресса, который он вызывает (*опасные игры*), что может запускать защитное разъединение, которое отключает эмоциональные реакции и, следовательно, создает эмоциональную анестезию и диссоциативное состояние. Однако рискованное поведение также заряжает травматическую память, делая ее еще более взрывоопасной, а диссоциативное поведение – еще более необходимым, создавая настоящую зависимость от опасности и/или насилия (Сальмона, 2012, 2013, 2015).

Диссоциативное поведение остается непонятным и представляется парадоксальным для всех (самой жертвы, членов ее семьи и специалистов). У жертв оно может вызывать чувство вины и глубокого одиночества, что делает их еще более уязвимыми. Со стороны членов семьи и специалистов такое поведение часто становится причиной отвержения, непонимания и даже жестокого обращения. Это может привести к постоянному состоянию диссоциации, как в случае с насилием, когда формируется состояние отстраненности и кажущегося безразличия, что создает риск получать еще меньше помощи, быть проигнорированным и еще больше подвергаться плохому обращению. Более того, это диссоциативное состояние создает у жертв болезненное впечатление, что они не являются самими собой, что они лишь часть бесконечной постановки. Эмоциональная анестезия заставляет их "играть" эмоции в отношениях с другими людьми, рискуя делать это невпопад, переигрывать или недоигрывать.

Выдержки из текстов

Таким образом, "люди, находящиеся в состоянии отстраненности в результате диссоциации, отстранены, оторваны не только от окружающей среды, но и от самих себя: своего тела, своих действий и чувства собственной идентичности" (Аллен и др., 1999, с. 165).

Ван дер Колк и его коллеги (1996) делают вывод: ***"Диссоциация говорит о дроблении опыта; элементы травмы не объединены в единое целое или в интегрированное восприятие себя"*** (с. 306).

Патологическая диссоциация, являющаяся долговременным результатом ранней отношенческой травмы, возникает в закрытой, крайне ригидной и неадаптированной системе правого полушария мозга. ***"Обычные связи между символической и суб-символической (общение на уровне жестов, телесности) коммуникацией нарушены, по крайней мере на время. Суть диссоциации в том, что она изменяет перцептивный опыт и таким образом лишает межличностный контекст всех личностных смыслов"***.

На нейробиологическом уровне диссоциация отражает неспособность кортико-субкортикальной системы правого полушария мозга распознавать и обрабатывать восприятие внешних стимулов (экстероцептивной информации, исходящей от отношенческого окружения) и интегрировать их в каждый данный момент с внутренними стимулами (интероцептивной информацией от тела, соматическими маркерами, "ощущаемым опытом") (*Разъединение тела и разума*).

В то время как ранняя травма переживается как "психическая катастрофа", диссоциация представляет собой ***"отстранение от невыносимой ситуации", "бегство, когда нет возможности убежать", "покорность и смирение с неизбежностью непреодолимой, даже психически смертельной опасности" и "защитную стратегию последнего средства"*** (см. ссылки в Шор, 2003а, 2009а). Этот защитный механизм психобиологического выживания укореняется в характере личности пережившего травму привязанности в период раннего развития.

- Потеря синаптической связанности, обусловленной энергией в правом полушарии мозга, что приводит к внезапному разрушению имплицитного "я", нарушению непрерывности "я" и потере способности испытывать, проживать определенные осознанные аффекты.

Терапевтические отношения

Терапевтические отношения представляют собой не средство избавления от цунами, а способ жить вместе с его тенью, что способствует ее постепенному уменьшению, освобождая естественную способность пациента чувствовать себя уверенно, испытывать радость от "близости с другими" и ощущать устойчивость на протяжении длительного времени. Тень цунами, в свою очередь, снижает способность чувствовать уверенность, находясь рядом с другим.

Исцеление ("разморозка" диссоциативной структуры), как и рост личности, – плоды одного и того же процесса, даже если каждый элемент может быть обособлен на концептуальном уровне.

Для развития этих навыков необходимы терапевтические отношения, сочетающие в себе как риск, так и безопасность. Другими словами, это отношения, позволяющие вновь пережить боль ранней травмы, не допуская при этом слепого повторения прошлого.

При работе в тех зонах, где происходит повторное переживание травмы, очевидное отсутствие стыда является подсказкой о том, что его нужно искать.

Для каждого человека диссоциация представляет собой серьезную помеху, когда используется в качестве превентивной защиты: человек более или менее способен выжить, но он также более или менее неспособен жить.

Диссоциация сужает диапазон восприятия, так что категории опыта, которые не противоречат друг другу, определяются как разные части "я".

В результате мотивационная система, организующая желание открывать для себя мир, претерпевает негативные изменения. Здоровое стремление ребенка передать свой субъективный опыт тому другому, который для него крайне важен, окрашивается стыдом, поскольку этот важный другой не может или не хочет признать опыт ребенка как что-то оправданное и "вообразимое". Таким образом, узы привязанности, организующие стабильность "я" ребенка, оказываются под угрозой. Ребенок чувствует не то, что он сделал что-то плохое, а то, что с ним самим как с личностью что-то не так; он винит себя в этом (Лоуренс Хеллер).

Чтобы пережить эту дестабилизацию своей идентичности, ребенок изолирует теперь уже "нелегитимную" часть своего субъективного опыта, отсоединяя ее от той частью себя, которую, как ему кажется, признают легитимной. Он диссоциирует от себя часть своей субъективности, которая изначально казалась ему реальной и, следовательно, "легитимной".

Став взрослым, он испытывает смутное чувство своего несоответствия, что вызвано имплицитной памятью.

Как механизм выживания, диссоциация реагирует на травму – хаотичный, конвульсивный поток не поддающихся регулированию импульсов, которые заполняют сознание, угрожая стабильности "я", а иногда и психическому здоровью, когда существует угроза целостности.

Защитная диссоциация сигнализирует о своем присутствии, отключая способность сознания воспринимать то, что переживается как слишком сильное, непереносимое для "я". Она сводит то, что находится в поле восприятия, к узкой полосе, которая лишена эмоциональной реальности для переживающего ее "я" (***"то, что происходит, происходит не со мной"***).

В случае травмы, полученной как следствие человеческих взаимоотношений, личностной реальности лишаются те взаимодействия "здесь и сейчас", которые слишком сильно расходятся с непрерывностью "я", и поэтому не могут быть обработаны на когнитивном уровне.

Однако если некоторые части "я" систематически отрицались в раннем детстве, задача продолжать существовать в чужом сознании (а значит, и в собственных глазах) как то же самое "я", которое было "ребенком своих родителей", гораздо серьезнее и сложнее, поскольку требует диссоциировать те состояния "я", которые этому противоречат. Эти части, как правило, остаются когнитивно несимволизированными. Они организованы как островки аффективной реальности, которые не могут быть изменены путем разрешения конфликта, поскольку находятся в изоляции. Они живут собственной жизнью, которая определяет их судьбу не меньше, а часто и больше, чем то "я", которое можно осмыслить и облечь в слова. Части "не-я" человека должны стать доступными для рефлексии, будучи символизированными когнитивно и лингвистически в рамках отношений, и только тогда они станут частью того, что человек ощущает как "я" (**интроецированные микрополя**).

Если терапевт не реагирует на это на личном уровне, диссоциированные состояния "я" пациента не получают того отношенческого контекста, в котором они могли бы обрести признание и полноценное существование. Только получая доступ к существованию, они становятся подвластны ментализации.

Терапевтический процесс развития навыков ментализации требует столкновения между субъективностями пациента и терапевта. Терапевт, который остается слишком отстраненным, защищая собственные эмоции, не допускает этого процесса, который Стерн называет межсубъективным, когда пациент чувствует эмоциональную связь со своим терапевтом и может таким образом найти смысл в том, что с ним произошло.

Когда работа идет успешно, индивидуальные аффективные реакции каждого партнера вместе включаются в процесс взаимного познания или "обмена состояниями" (Шор, 2003b). Этот процесс не только терапевтичен сам по себе, но также углубляет и обогащает возможность символизировать, когнитивно и лингвистически, опыт "не-я" каждого партнера, таким образом, позволяя проявиться высшему потенциалу самоощущения.

Одна часть пациента пытается установить связь с терапевтом, проявляясь так, как будто ее роль заключается в том, чтобы стереть другую часть себя, которая считается больной, и заменить ее "здоровой" частью, той, которую, по его мнению, терапевт поощряет к появлению (полярности).

Вильма Буччи (2002)

"Эмоциональные схемы могут быть изменены только тогда, когда настоящий опыт и прошлые воспоминания одновременно присутствуют в рабочей памяти, вместе с импульсами базового сознания, связанными с активацией телесных компонентов схемы. ... Активация диссоциированного болезненного опыта во время сессии составляет самую суть терапевтического процесса". (р. 787).

Мозг обычно использует процесс диссоциации, чтобы подавить одновременное осознание диссоциирующих состояний себя (истин, которые слишком несовместимы).

Чем больше коммуникация терапевта основана на том, чтобы поделиться своим субъективным опытом, потому что он хочет, чтобы о нем узнали (а не для того, чтобы оказать воздействие на сознание пациента), тем больше пациент будет воспринимать ее как "аффективно честную" (см. Левенкрон, 2006) и тем больше вероятность того, что пациент отреагирует так же.

Терапевтическая позиция, которая систематически пытается избежать конфликтов между субъективностью пациента и субъективностью терапевта, в конечном счете переживается пациентом как отрицание жизнеспособности диссоциированных состояний "я", которые пытаются обрести существование во взаимоотношениях. Если терапевт не реагирует чувственно и лично на эти части, они лишаются человеческого контекста, в котором они могли бы быть признаны и возвращены к жизни.