



Ван дер Харт. Призраки
прошлого. Структурная
диссоциация и терапия
последствий хронической
психической травмы.

ЧАСТЬ 3 ТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКОЙ ТРАВМОЙ



Обычно для лечения простого ПТСР, при котором структурная диссоциация ограничена одной рудиментарной АЛ, содержащей, как правило, только воспоминания о травматической ситуации, достаточно терапевтических методов. Стандартное лечение включает, например, применение:

- методов пролонгированной экспозиции релевантным травме стимулам, методов, разработанных в рамках когнитивно-бихевиорального подхода;
- ДПДГ (десенсибилизация и переработка при помощи движения глаз)



При первичной и в некоторых случаях вторичной диссоциации личности фазовоориентированное лечение может быть довольно простым и «линейным». Однако в большинстве случаев вторичной и третичной диссоциации личности лечение является долговременным, а применение фазовоориентированной модели движется вдоль траектории, имеющей **вид спирали** (Courtois, 1999; Steele et al., 2005; Van der Hart et al., 1998). Это означает, что в случае необходимости Фаза 2 может периодически чередоваться с Фазой 1, а в дальнейшем Фаза 3 с Фазой 2 или даже Фазой 1.

ГЛАВА 11 Диагностика пациента, пережившего травму

При диагностике пациента, страдающего от последствий психической травмы, мы проводим систематическую оценку его интегративных психических и поведенческих действий, исходя из теории структурной диссоциации, основанной на психологии действия Жана.

Суть теории: центральным моментом травматизации и структурной диссоциации считается недостаточная интеграция опыта переживания и последствий психической травмы.

Главная задача терапии: помочь пациенту осуществить синтез и реализацию травматических воспоминаний, а также обрести способность к интегративным действиям, в том числе к более адаптивным действиям в повседневной жизни.

При проведении диагностики необходимо разобраться с тем, что мешает пациенту успешно осуществлять эти действия, и как мы можем помочь ему в преодолении этих трудностей.

Первоначальная диагностика хронической травматизации

Предполагает три этапа.

1. Стандартное клиническое обследование, включающее оценку диссоциативных симптомов.
2. Более детальная оценка травматических симптомов и диагностика расстройств, то есть тяжести структурной диссоциации. На первых двух этапах собирается информация, необходимая для постановки точного диагноза и планирования лечения.
3. Систематический анализе структуры, функционирования и истории пациента и диссоциативных частей его личности.

В результате прохождения этих разных, но связанных между собой этапов диагностики у терапевта должно сложиться понимание назначения адаптивных и дезадаптивных действий пациента, а также функций и целей различных частей личности

Этап 1: стандартное клиническое обследование

При стандартном клиническом обследовании выясняют возможное влияние семейных отношений на возникновение психиатрических проблем пациента, а также паттерны насилия и пренебрежения, которые могут быть прослежены в истории семьи пациента из поколения в поколение.

Обязательной частью клинического интервью со всеми пациентами должны стать вопросы о травматических симптомах и потенциально психотравмирующих событиях

Влияние диагностической процедуры на пациента

То, как терапевт узнает о фактах из жизни пациента, само по себе является терапевтической интервенцией. Терапевт должен быть очень внимателен к нюансам поведенческих и физиологических реакций пациента во время диагностической беседы, отслеживая признаки гипер- и гиповозбуждения, а также проявления диссоциативных симптомов, таких как вторгающийся голос.

Если же терапевт вовремя распознает и правильно реагирует на проявления диссоциации и выраженные изменения состояния сознания у пациента, то это способствует росту уверенности и чувства безопасности у пациента.

Наблюдение за пациентом во время диагностической беседы

Терапевт должен наблюдать за:

- к содержанию ответов пациента;
- к его манере говорить;
- к знанию о стиле привязанности пациента (избегающий, сопротивляющийся, беспокойный, неразрешенный);
- к манере речи пациента;

Значительные пробелы в воспоминаниях пациента истории его жизни и другие проблемы с памятью усиливают подозрения о возможной диссоциативной амнезии или частых изменениях состояния сознания, а также сопутствующих неврологических нарушениях, причиной которых могут быть насилие и пренебрежение в детстве.

История прошлых попыток лечения пациента

Ответы на следующие вопросы о предыдущем опыте лечения могут быть полезны для планирования терапии:

было ли завершение лечения внезапным или запланированным,
было ли оно инициировано пациентом или терапевтом,
как пациент переживал завершение предыдущего лечения.

Для будущей терапии также важно выяснить, в чем помогли и в чем потерпели неудачу предыдущие попытки терапии и терапевты.

ДИАГНОЗЫ

Диагноз помогает с выбором главной стратегической линии лечения, а также с определением конкретных эмпирически обоснованных интервенций, в том числе психотропных лекарств в работе с данным пациентом

Однако множественные симптомы пациентов, страдающих от последствий хронической травмы, часто соответствуют диагностическим критериям сразу нескольких психиатрических расстройств. Отчасти так происходит потому, что разным диссоциативным частям соответствует разная клиническая картина. Терапевт должен быть в состоянии интегрировать разные подходы лечения для того, чтобы эффективно работать со сложными проблемами каждого конкретного пациента. Бым профилем СИМПТОМОВ.

Показания к медикаментозному лечению и (нейро)психологическому обследованию

Если в результате клинической беседы становится понятно, что у пациента есть симптомы, которые подлежат медикаментозному лечению, он должен быть направлен на обследование и возможное лечение в дополнении к психотерапии.

Методики:

- Миннесотский многофакторный личностный опросник-2 (MMPI-2),
- Клинический многоосевой опросник Миллона II (Millon Clinical Multiaxial Inventory II, MCMI-II),
- Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Check List 90, SCL-90)
- Опросник выраженности общей психопатологической симптоматики

Этап 2: диагностика связанных с травмой симптомов и расстройств

Оценка травматической истории (методики: Опросник травматического опыта; Оценка стрессовых воздействий в прошлом; Оценка травматического опыта у взрослых)

Методики для оценки диссоциативных симптомов (методики: Многофакторный опросник диссоциации; Шкала диссоциации; Методика DES-Таксон; Опросник соматоформной диссоциации;

Систематический анализ личностной структуры, функционирования и истории пациента

1. Анализ структуры личности пациента
2. Анализ функционирования личности пациента
3. Анализ истории пациента + Анализ связанных с травмой фобий + Анализ социального окружения пациента

Анализ структуры личности пациента



- 1) оценка уровня развития частей и их самостоятельности (в том числе реальной и субъективно воспринимаемой данной частью сепарации и автономии от других диссоциативных частей);
- 2) оценка и сопоставление целей различных частей и личности пациента в целом;
- 3) оценка действий (под)систем и образов действия, опосредующих различные части;
- 4) оценка общего психического уровня различных частей и личности в целом;
- 5) выявление доступных и недоступных пациенту тенденции, а также предпочитаемых пациентом тенденций к действию.

Анализ функционирования личности пациента

Выявить:

- средства и стратегии, которые пациент использует для того, чтобы достичь целей, которые он ставит перед собой, насколько эффективны усилия пациента;
- причины нарушения функционирования пациента в повседневной жизни: происходит ли это в силу серьезного дефицита навыков, низкого психического уровня или серьезных внутренних конфликтов между диссоциативными частями;
- проявляется ли нарушение функционирования всегда, во всех ситуациях или только в отдельных сферах жизни пациента.
- степень согласованности различных систем действий, что является признаком уровня (дез)интеграции, то есть речь идет о том, как разные части взаимодействуют друг с другом.
- как пациент (и разные диссоциативные части) функционируют в тех или иных конкретных обстоятельствах.

Прогноз

Одной из целей обследования является формирование общего прогноза и плана лечения.

Существует система базовых критериев, которые позволяют нам определить, насколько данному пациенту подходит прохождение терапии в амбулаторном режиме.

К этим критериям относятся:

способность пациента чувствовать себя в безопасности на терапевтическом сеансе,

возможность регулярно посещать сеансы и оплачивать их,

способность (пусть минимальная) устанавливать и поддерживать отношения с терапевтом,

отсутствие серьезной психопатологии,

предполагающей стационарное лечение.

Терапия, скорее всего, будет неэффективной, если пациент продолжает жить или поддерживает тесные отношения с насильником или партнером, который жестоко с ним обращается. Отношения пациентов, страдающих от последствий ранней психической травмы, бывают, как правило, крайне запутанными и противоречивыми. Они являются целями терапевтических интервенций.

Фазы терапии

1. стабилизации и снижения выраженности симптомов
2. терапевтическая проработка травматических воспоминаний
3. интеграции личности и реабилитации

Повышение психической энергии

- Поиск источников психической энергии
- Снижение трат психической энергии (решение вопросов безопасности, оптимизация повседневной жизни, регулирование сложных отношений)
- «Погашение долгов»

Повышение психической эффективности

1. Поощрение со стороны терапевта
2. Предоставление психологических знаний
3. Исследование «сопротивления»
4. Формирование навыков
5. Преобразование замещающих действий в эффективные (Обходные маневры, Целенаправленные замещающие действия, Преодоление фобий, Завершение адаптивных действий, Завершение действий и погашение «долгов».)

1 Фаза. Работа с фобиями

- Фобии привязанности и утраты привязанности (оказывают огромное влияние на жизнь жертв хронической травмы, поэтому они проявляются в терапевтических отношениях на всех фазах терапии)
- Фобия установления контакта с терапевтом в начале терапии. (Эта фобия связана не только с избеганием отношений привязанности, но и ментальных действий, особенно травматических воспоминаний.)
- Фобии ментальных действий
- Фобии диссоциативных частей;

Формированию отношений надежной привязанности будет, скорее, способствовать регламентированная доступность терапевта для пациента, а не доступность по первому требованию. Благодаря отношениям надежной привязанности развиваются процессы синтеза и реализации (интеграции), в итоге повышается психический уровень.

Вторая фаза

Работа с травматическими воспоминаниями является очень сложной фазой терапии.

- проработка фобий, связанных с ненадежной привязанностью к насильнику
- проработка фобий АЛ в отношении привязанности и утраты привязанности,
- проработка центральной фобии травматических воспоминаний.

Основной целью терапии травматических воспоминаний является их интеграция в целостной личности пациента (синтез и реализация с ее компонентами персонификации и презентификации).

Управляемый синтез заключается в систематическом и постепенном знакомстве всех частей личности с полным объемом травматических воспоминаний.

Синтез необходим, но недостаточен для полноты интеграции. Требуется также работа реализации, включающая персонификацию и презентификацию.

Третья фаза

Цели:

1. полное слияние (объединение) всех частей одной личности в более координированную и связную личность.

Достижение этой цели позволяет пациенту преодолеть субъективное чувство внутреннего разделения, а также существенно улучшает взаимную координацию и связи между различными системами действий. Слияние может быть осуществлено самыми разными способами, разнообразие и количество которых ограничено лишь творческими возможностями пациента и терапевта.

2. преодоления фобий нормальной жизни, перемен, принятия разумного риска и близких отношений. Тренинг управления стрессовыми состояниями и развитие навыков саморегуляции и заботы о себе.

Завершение терапии



Завершение терапии является важным этапом, требующим особого пристального внимания терапевта и пациента. Тщательная проработка тем завершения необходима для общего успеха терапии и стабильности достигнутых результатов.

Окончание происходит постепенно: раз в неделю, раз в месяц и т.д.

Однако часто терапию возобновляют через некоторое время.