



ДИССОЦИАТИВНОЕ
РАССТРОЙСТВО
ИДЕНТИЧНОСТИ

ИДЕНТИЧНОСТИ

РАССТРОЙСТВО

ДИССОЦИАТИВНОЕ

Определение



- **Диссоциативное расстройство идентичности** (DSM-IV, DSM-5 и МКБ-11) или **расстройство множественной личности** (МКБ-10, F.44.8) – это тип диссоциативного расстройства, характеризующийся наличием у индивида более двух чередующихся между собой личностей (также называющихся альтер-личностями (альтерами), эго-состояниями или идентичностями).

Диагностические критерии по DSM-V

- А. Присутствие [в одном человеке] двух или более отдельных личностей или личностных состояний (каждая со своим собственным, относительно устойчивым характером и отношением к окружающему миру и к самой себе). Эти состояние могут наблюдать как другие люди, так и сам человек.
- В. Амнезия опыта между отдельными личностями (одна личность не знает, что делает другая в определённый момент времени). Забываются как травматические события, так и повседневные, обыденные вещи, а также важная личная информация.
- С. Данные симптомы не являются частью общепринятых культурных, религиозных практик (шаманизм, спиритизм), или частью нормальной фантазии ребенка («воображаемый друг»).
- D. Вызывает клинически значимый дистресс и нарушения в профессиональной, социальной и других важных областях жизни.
- E. Данные симптомы не являются следствием прямого физиологического действия психоактивных веществ (алкогольный палимпсест) или другого соматического заболевания либо психического расстройства (ПТСР, эпилепсия, последствия ЧМТ).



ДРИ проявляется как совокупность психических нарушений, в частности провалов в памяти, нарушения сознания и чувства личностной идентичности, которые ведут к тому, что личность человека разделяется. Из-за этого создается впечатление, что в одном человеке существует несколько личностей, у которых может быть разный пол, возраст, социальный статус, характер. При ДРИ отношения и личные предпочтения человека (например, в еде, деятельности, одежде) могут внезапно измениться, а затем вернуться в прежнее состояние.

Появление альтернативной личности происходит произвольно и не поддается контролю со стороны самого человека или других людей. Люди с ДРИ могут чувствовать, что они внезапно стали наблюдателями своих слов и действий, или они начинают ощущать своё тело иначе (например, как маленький ребенок, как личность противоположного пола).

Индикаторами ДРИ для терапевта являются прежде всего следующие проявления:

1. Самоотчет пациента/пациентки, свидетельствующий о хаотическом стиле жизни.
2. Пропуск назначенных встреч без каких-либо причин и объяснений.
3. Внезапные смены настроения.
4. Забывчивость без наличия органических нарушений.
5. Периоды амнезии части детского периода и амнезии текущих событий.
6. Противоречивая информация о себе при повторном сборании анамнеза (например, «У меня в детстве всегда было много друзей», «В детстве я всегда находилась/находился в одиночестве»).



Причины



Среди причин возникновения и развития ДРИ выделяют следующие факторы:

- 1. Психотравмирующие ситуации**, связанные с физическим, сексуальным или психологическим насилием в раннем возрасте. В этом случае ДРИ рассматривается как отсроченный вариант реагирования на психотравму.
- 2. Личностная предрасположенность**, а именно такие личностные черты, как высокая подверженность внушению (в т.ч. и самовнушению), как следствие – повышенная способность к глубокой диссоциации и погружению в гипнотическое состояние (высокая гипнабельность), а также ранимость, впечатлительность, несформированность набора копинг-стратегий.
- 3. Особенности нервной системы.** Существуют наблюдения, согласно которым у 25% пациентов с этим диагнозом в энцефалограмме наблюдались изменения, свойственные изменениям при височной эпилепсии.

Диагностика

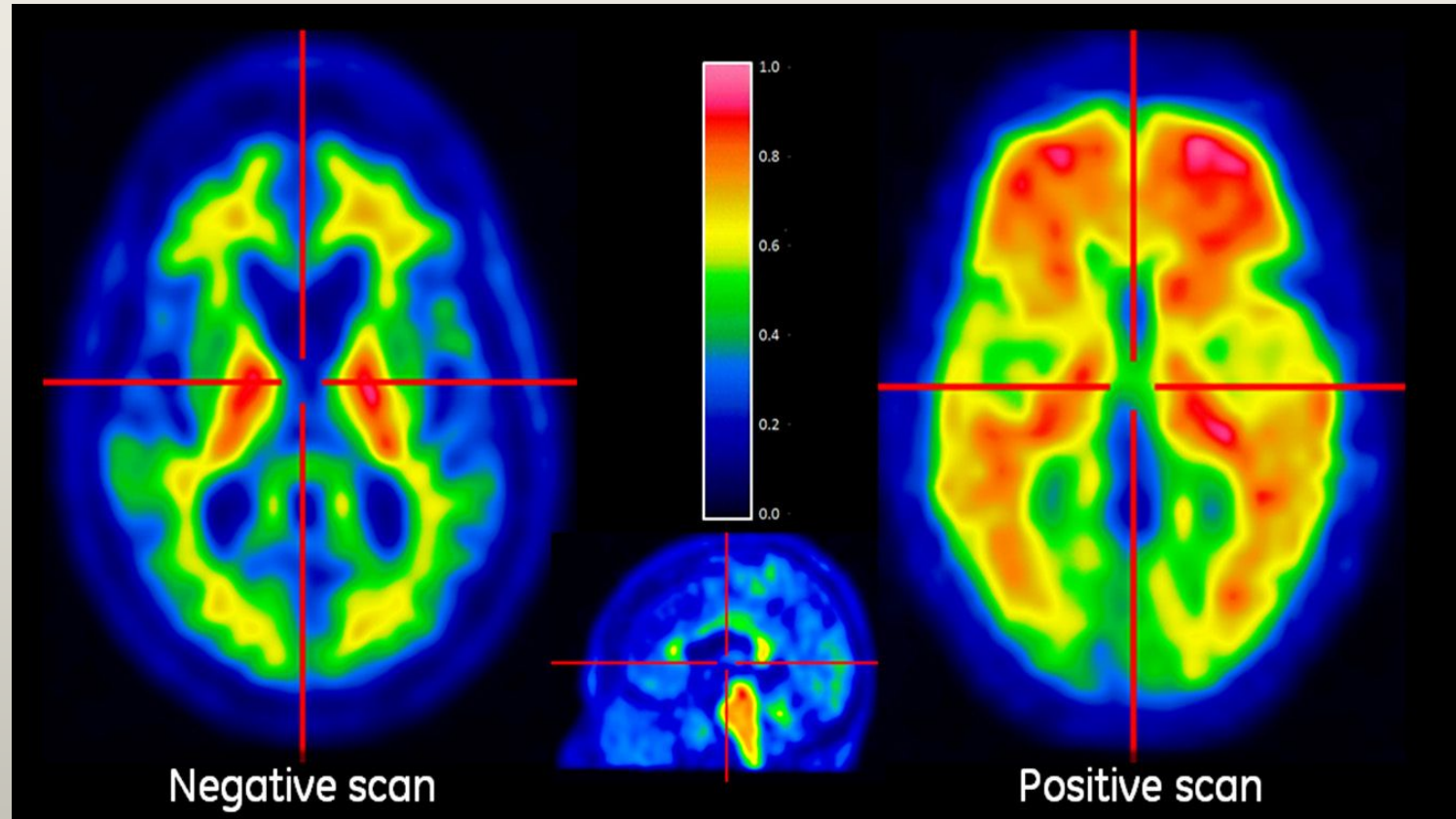
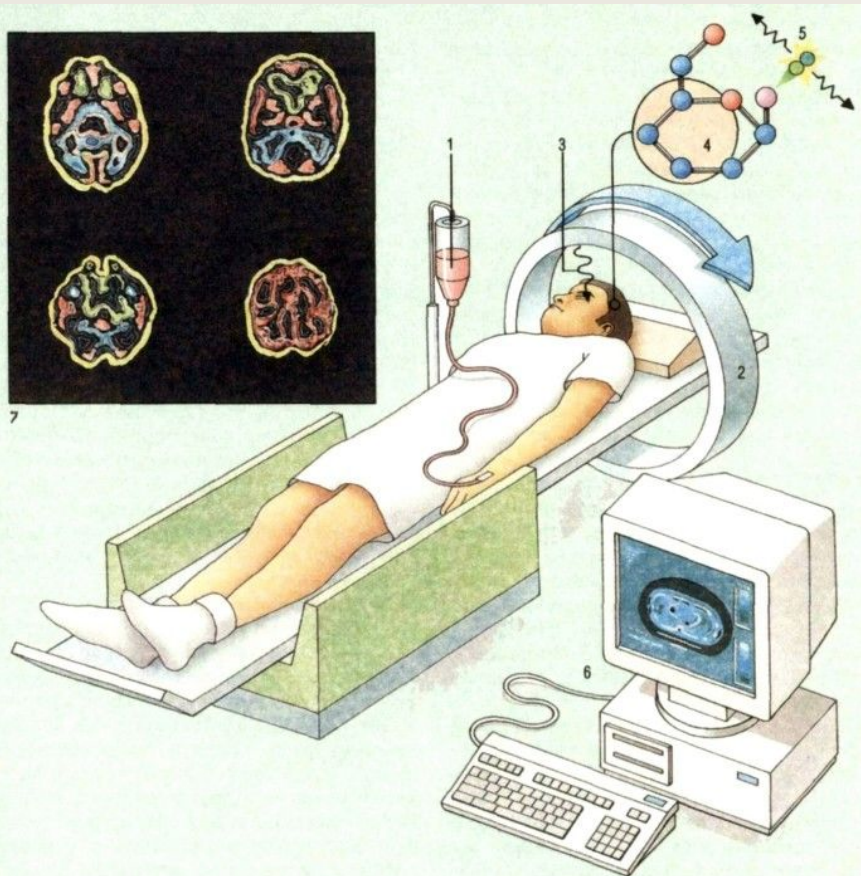
В настоящее время большинство пациентов с ДРИ посещают врачей различных специальностей и имеют множественные диагнозы. По данным К. Росса, в США в среднем ставится семь ошибочных диагнозов до установления наличия ДРИ. Подобная ситуация, очевидно, еще в большей степени типична для России, где диагноз ДРИ не принят большинством психиатров.

Способы диагностики ДРИ:

- 1. Гипноз.** Способствует запоминанию текущих событий и проработке травмы; помогает вспомнить истинную личность и события прошлого.
- 2. Амитал-кофеиновое растормаживание** (т. н. «сыворотка правды»), когда с помощью препаратов растормаживаются подкорковые, скрытые в повседневной жизни структуры, и пациенты, пребывая в эйфорично-расслабленном состоянии, сообщают о себе сведения, которые были ранее недоступны либо в силу психогенной амнезии/вытеснения, либо сознательного умалчивания.



3. Позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ). Нейровизуализационные исследования могут показать наличие фрагментации сознания у пациентов с ДРИ, у которых во время исследования «переключаются» разные альтер-эго. При переключении личностей резко активизируются области миндалины, отвечающей за эмоции, но, когда переключение уже состоялось, активность мозга становится нейтральной. Также имеет место активность разных частей гиппокампа, который является центром памяти о событиях жизни. В зависимости от того, какая из личностей выходит на первый план, активируется определенная зона гиппокампа.





4. Структурированные интервью и психологические тесты:

1. *MMPI*. Для позитивных результатов характерно повышение *f* (шкала валидности) и повышение *Sc* (шкала шизофрении). Обычно пациенты проявляют полисимптомность и значительные нарушения в результатах тестирования. Они часто интерпретируются как указывающие на шизофрению или (Вторая ось) на пограничное личностное расстройство. Более точная информация может быть получена при использовании нового варианта теста — *MMPI-2*.

2. *SCID-D-R*, предложенный Марлен Стейнберг. В тесте производится идентификация наличия пяти признаков диссоциации. Этими признаками являются: 1 — диссоциативная амнезия; 2 — деперсонализация; 3 — дереализация; 4 — спутанная идентичность; 5 — нарушение идентичности. ДРИ переживается его носителями как спутанность идентичности, в то время как недиссоциированные пациенты переживают жизнь более интегрировано.

Терапия

Интеграция личностей – наиболее желательный результат лечения ДРИ. В тех случаях, когда интеграция личности по каким-либо причинам нежелательна или невозможна, лечение должно быть направлено на облегчение коммуникации и взаимодействия между личностями и уменьшение симптоматики. Приоритет психотерапии состоит в первичной стабилизации состояния пациентов и обеспечения их безопасности, после чего можно проводить оценку психотравмирующих факторов, изучать личности пациента и причины диссоциации. Иногда на фоне лечения происходит спонтанная интеграция.

Гипноз может помочь выявить личности пациента, обеспечить взаимосвязь между ними, а также стабилизировать и интерпретировать их. **Методика изменчивой экспозиции** применяется для постепенного снижения чувствительности пациентов к травматическим воспоминаниям.



Мифы и факты о ДРИ

Миф: Диссоциативные симптомы («провалы в памяти», чувство отчуждения от своей личности и от своего тела, чувство нереальности происходящего и др.) всегда свидетельствуют о наличии серьезной патологии, являются признаком «безумия».

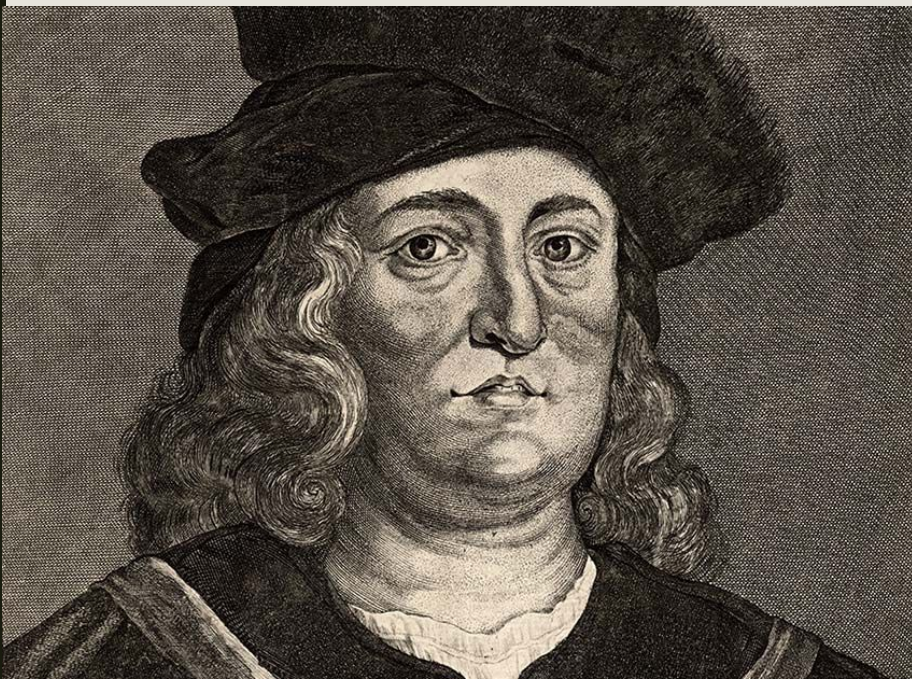
Факт: Наличие у человека диссоциативных симптомов как таковых является недостаточным для диагностики ДРИ и обычно представляет собой быстро проходящую естественную реакцию на стресс или травму.





Миф: Никакого ДРИ не существует, его выдумали в середине XX века адвокаты в качестве смягчающего обстоятельства, позволяющего их клиентам избежать тюремного заключения, и психиатры, желающие расширить свою клиентскую базу и заработать больше денег.

Факт: У ДРИ есть длительная история, в литературе простирающаяся на период около 300 лет. Первое упоминание о «множественной личности» зарегистрировано еще в 1646 году, когда Парацельс описал женщину, имеющую в анамнезе другое егосостояние, в котором она воровала деньги сама у себя. Всего до середины XX века задокументировано около 76 случаев диссоциативного расстройства идентичности. При этом существует 350 официально зарегистрированных историй болезни с установленным диагнозом множественного расстройства личности (F.44.8 по МКБ-10).





Миф: ДРИ диагностируется очень редко, и только в США и других западных странах.

Факт: Существование людей с ДРИ было обнаружено во всех странах, в которых когда-либо проводились исследования по этому вопросу. С меньшей частотой оно диагностируется в странах, которые в целом не признают, не понимают и не диагностируют психические расстройства. При этом представления о ДРИ могут сильно отличаться между странами из-за культурных влияний, но основные характеристики расстройства остаются постоянными. В большинстве современных исследований распространенность ДРИ оценивается от 0,1% до 2%, хотя в некоторых из них оценки достигают 3-5%.

Миф: ДРИ очень легко диагностировать.

Факт: В фильмах и ТВ-сюжетах симптомы ДРИ зачастую показаны гротескно, что не соответствует реальным симптомам. К тому же, люди с ДРИ часто имеют сопутствующие расстройства, которые затрудняют диагностику диссоциативного расстройства, такие, как резистентная к терапии депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), расстройства пищевого поведения, алкогольная и наркотическая зависимость, самоповреждающее и суицидальное поведение.





Миф: Лечение ДРИ ухудшает состояние диссоциации и только размножает или обособляет альтер-идентичности.

Факт: Это может быть правдой в случае, когда специалисты применяют устаревшие или неэффективные методы лечения, или мало информированы о ДРИ. Обучение новым методам лечения проводит, например, Международная организация исследования травмы и диссоциации. Специалисты помогают наладить внутреннюю коммуникацию между эго-состояниями и улучшить сотрудничество между ними. Специалисты учат пациентов с ДРИ распознавать чувства, импульсы и воспоминания. Это особенно важно при переключениях диссоциативных частей личности, когда могут всплыть подавленные воспоминания и чувства, например, такие как страх и гнев. Терапия помогает интегрировать различные альтер-идентичности в единую целостную личность.

Миф: Среди альтер-идентичностей человека с ДРИ обязательно есть «плохая» субличность, которая воплощает собой абсолютное зло, опасна для окружающих людей, и от которой нужно избавиться любым способом.

Факт: Субличности не могут быть чётко поделены на «хороших» и «плохих», так как каждая из них является отдельной, уникальной сущностью, обладает индивидуальными особенностями и выполняет определённые функции в конкретных жизненных условиях. Все эго-состояния представляют собой сложную систему, из которой нельзя свободно убирать «нежелательные» элементы.





Миф: Субличности всегда представляются обычными людьми.

Факт: Среди субличностей человека с ДРИ могут присутствовать человекоподобные мифические существа (ангелы, эльфы, вампиры, призраки, феи и др.), и даже животные и неодушевлённые предметы. Это зависит от условий формирования первичной личности и от её потребностей.

Крис (Кристин) Костнер Сайзмор



- Родилась 4 апреля 1927 в Эджфилде, Южная Каролина, США.
- Первые эпизоды ДРИ начались, когда Кристин было 2 года. В этом возрасте в течение трёх месяцев она стала свидетельницей нескольких травмирующих эпизодов: из канавы рядом с их домом вытащили труп мужчины; на лесопилке, где работал её отец, случайно распилило пополам человека; на кухне её мать нечаянно порезала себе руку и, истекая кровью, попросила маленькую Крис поскорее привести отца.
- В школьные годы её дразнили сверстники за ярко-рыжие волосы, а взрослые родственники считали, что Крис одержима демонами.
- В общей сложности за следующие 45 лет своей жизни Сайзмор испытала на себе влияние около 22 разных личностей и сменила 8 терапевтов, прежде чем ей удалось окончательно вылечиться в 1974 году.
- Кристин Сайзмор скончалась от сердечного приступа 24 июля 2016 года, в 89 лет.

Видеоинтервью с Кристин Сайзмор (1950-е годы)

Действующие лица:



Ева Уайт

- В реальной жизни называла себя Крис Роджерс (по фамилии первого мужа Джина Роджерса)
- Вышла замуж в 19 лет
- Родила дочь Сару (в реальной жизни имя дочери – Тэффи)

Ева Блэк



- В реальной жизни называла себя Крис Костнер (девичья фамилия)
- Считала себя незамужней и бездетной
- Однажды попыталась задушить двухлетнюю Сару (Тэффи), но её вовремя остановила Ева Уайт. После этого инцидента Сайзмор была направлена в психиатрическую клинику
- Во время сеансов гипноза с доктором Тигпенем Ева Блэк сказала, что на самом деле не собиралась убивать Сару (Тэффи), а только хотела напугать и заставить её замолчать, так как Блэк очень сильно раздражал крик девочки



Джейн Доу

- Появилась после начала сеансов гипнотерапии с доктором Тигпеном
- Несколькими десятками лет позже в интервью Крис Сайзмор называла Джейн «Галатеей доктора Тигпена» и утверждала, что тот создал её для того, чтобы контролировать Еву Блэк, показывая ей положительный пример «настоящей леди»
- Джейн познакомилась с мужчиной по имени Дон, вышла замуж второй раз в 1953 году
- Джейн исчезла вместе с Евой Блэк, после того, как выполнила свою миссию



Доктор Корбетт Тигпен

- Совместно с доктором Харви Клекли с 1952 года занимался гипнотерапией каждой из личностей Крис Хайзмор
- В соавторстве с Клекли в 1957 году написал книгу «Три лица Евы». Позже в том же году по книге вышел одноимённый фильм
- Прежде чем опубликовать книгу и выпустить фильм, Тигпен и студия «Двадцатый век Фокс» в 1956 году заключили с Сайзмор контракт на имя самой Сайзмор, а также Евы Уайт, Евы Блэк и Джейн. Но фактически контракт подписывала личность, не имеющая отношения ни к одной из перечисленных – Эвелин Ланкастер