

УДК 159.92+613.86

Dissociation, Splitting and Compartmentalization in Trauma-related Disorders

**Дисоціація, розщеплення та компартменталізація в розладах,
пов'язаних з психічною травмою**

Starkov Denys Yuriiovich

PhD in Psychology, Researcher

Старков Денис Юрійович,

кандидат психологічних наук, науковий співробітник

<https://orcid.org/0000-0001-9220-8703>

e-mail: votr@ukr.net

Laboratory of Modern Information Technologies of Education of G.S. Kostiuk

Institute of Psychology of NAES of Ukraine. Ukraine, Kyiv, 01033, 2 Pankivska str.

Лабораторія сучасних інформаційних технологій навчання Інституту психології

імені Г.С. Костюка НАПН України. Україна, Київ, 01033, вул. Паньківська, 2.

Ghiluk Olexiy Anatoliyovich

Magister psychology

Жилюк Олексій Анатолійович

магістр психології

<https://orcid.org/0009-0005-1353-4591>

e-mail: a.o.zhilyuk@gmail.com

Kyiv City Crisis Center "Sociotherapy"

Київський міський кризовий центр "Соціотерапія"

Oliinyk Viktoriia Mykolaiivna

practical psychologist

Олійник Вікторія Миколаївна

практичний психолог

<https://orcid.org/0009-0006-2690-1490>

e-mail: viknikta@gmail.com

Protsenko Bohdan Oleksandrovich

Magister psychology

Проценко Богдан Олександрович

магістр психології

<https://orcid.org/0009-0004-4887-2673>

e-mail: bod80@ukr.net

Kyiv City Crisis Center "Sociotherapy"

Київський міський кризовий центр "Соціотерапія"

Abstract

The article is devoted to the analysis of actual scientific views and theoretical research on the participation of the phenomena of dissociation, splitting, and compartmentalization in disorders associated with mental trauma, in particular, PTSD and addictions.

It is shown that the understanding of the concepts of dissociation and splitting developed in parallel and that both concepts emerged from research on trauma. Empirical studies show a clear correlation between dissociation, splitting, and compartmentalization with trauma-related disorders.

However, there is considerable confusion in the differentiation of these concepts: some authors use them as synonyms, other authors consider dissociation to be a more basic process underlying splitting, and some distinguish two separate types of dissociation - separation, and compartmentalization.

In this article, the concept of dissociation and splitting into separate independent phenomena is chosen, where dissociation is defined as the separation of mental processes or mental systems from consciousness, and splitting is defined as the division of consciousness itself into several independent centers of self-consciousness, with the phenomenon of compartmentalization referring to a shallow

level of splitting. Both dissociation and splitting can exist in the spectrum from normal to deep pathology of the (sub)psychotic level.

The article analyzes how dissociation and splitting can participate in the formation of trauma-related disorders such as PTSD and addiction. In the formation of PTSD, a part of the human psyche system associated with traumatic experiences is detached from consciousness as a result of protection from unbearable experiences (dissociation). Further, due to unsuccessful attempts to integrate the trauma, a negative self-concept with feelings of shame/guilt is formed, which splits off from the core self (splitting). As a result, a triadic structure is formed: the normative Ego-state, the split traumatic Ego-state, and the dissociated traumatic Self-state.

When addiction is formed based on early trauma, a dissociated self-state exists since childhood, but while using psychoactive substances, it is integrated with a state of altered consciousness, which is why a person is experiencing a state of high, similar to a miracle. In this case, a system is formed of a normative Ego state, a dissociated traumatic Self-state, and a detached addictive Ego state, which is activated exclusively in a state of altered consciousness, and during activation, integration with the dissociated Self-state occurs. This addictive integration is the real motive for the use of this group of addictive drugs.

The proposed concept can be used in the psychotherapy of trauma-related disorders as a conceptualization of cases and conceptualization of loci of therapeutic contact.

Keywords: dissociation, splitting, compartmentalization, mental trauma, PTSD, addiction.

Анотація

Статтю присвячено аналізу актуальних наукових поглядів і теоретичному дослідженню участі феноменів дисоціації, розщеплення та компартменталізації в розладах, пов'язаних з психічною травмою, зокрема у ПТСР та адикціях.

Показано, що розуміння понять дисоціації та розщеплення розвивалися паралельно та обидва поняття вийшли з досліджень психічної травми. Емпіричні дослідження показують однозначну кореляцію дисоціації,

розщеплення та компарменталізації з розладами, пов'язаними з психічною травмою.

Однак у диференціації цих понять існує помітна плутанина: одні автори використовують їх як синоніми, інші автори вважають дисоціацію більш базовим процесом, що лежить в основі розщеплення, а деякі виділяють два окремих види дисоціації – відокремлення та компарменталізацію.

У цій статті обрано концепцію розведення дисоціації та розщеплення в окремі незалежні феномени, де дисоціація визначається як відокремлення психічних процесів або психічних систем від свідомості, а розщеплення як поділення самої свідомості на декілька незалежних центрів самосвідомості, водночас феномен компарменталізації належить до неглибокого рівня розщеплення. Як дисоціація, так і розщеплення можуть існувати в спектрі від норми до глибокої патології (суб)психотичного рівня.

Аналізується, як дисоціація та розщеплення можуть брати участь у формуванні розладів, пов'язаних з травмою, таких як ПТСР та адикція. У формуванні ПТСР частина системи психіки людини, яка пов'язана з травматичними переживаннями, відокремлюється від свідомості внаслідок захисту від нестерпних переживань (дисоціація). Далі через невдалі спроби інтеграції травми формується негативна Я-концепція з переживаннями сорому/провини, яка відщеплюється від основного Я (розщеплення). Внаслідок цього утворюється тріадна структура: нормативний Его-стан, відщеплений травматичний Его-стан, дисоційований травматичний Селф-стан.

У формуванні адикції на основі ранньої травми, з дитинства існує дисоційований селф-стан, але під час вживання психоактивних речовин відбувається його інтеграція зі станом зміненої свідомості, через що людина переживає стан кайфу, схожий на диво. У такому разі формується система з нормативного Его-стану, дисоційованого травматичного Селф-стану та відщепленого адиктивного Его-стану, який активується виключно в стані зміненої свідомості, та під час активації якого відбувається інтеграція з

дисоційованим Селф станом. Ця адиктивна інтеграція і є справжнім мотивом вживання цієї групи адиктів.

Запропонована концепція може застосовуватися в психотерапії розладів, пов'язаних з травмою, в якості концептуалізації випадків та локусів терапевтичного контакту.

Ключові слова: дисоціація, розщеплення, компарменталізація, психічна травма, ПТСР, адикція.

Актуальність.

Розлади, що пов'язані з психічними травмами, зокрема ПТСР та адикції, показують значний зв'язок з такими процесами як відокремлення психічних функцій, поділ особистості, відчуження від реальності та від власної самості тощо. Ці механізми можуть слугувати захистом, дозволяючи індивіду ізолювати травматичні переживання або емоції, що може призвести до втрати єдності свідомості та самоідентифікації. Відокремлення психічних функцій та поділ особистості допомагають людині керувати внутрішніми конфліктами чи стресом шляхом відділення неприємних думок чи емоцій. Тому психотерапевту важливо враховувати ці процеси в своїй роботі з розладами, пов'язаними з психічною травмою, та мати конкретні терапевтичні методики роботи з цими феноменами.

Зазначенні вище процеси описуються в психологічній літературі через терміни дисоціації, розщеплення та компарменталізації. Хоча дослідженню дисоціації та розщеплення (та меншою мірою компарменталізації) присвячено величезну кількість робіт та їх вивчення йде більше 100 років, однак досі існує проблема визначення та диференціації. Крім того, відчувається явний дефіцит конкретних моделей участі цих процесів в тих чи інших розладах.

Предметом дослідження є феномени дисоціації, розщеплення та компарменталізації в психічній травмі, зокрема ПТСР та адикції.

Ціль – побудова теоретичної моделі дисоціації та розщеплення в розладах, пов'язаних з психічною травмою, та заснованих на ній практичних рекомендацій щодо психотерапії цих розладів.

Задачами та методами дослідження є теоретичний аналіз участі дисоціації, розщеплення, компартменталізації у розладах, пов'язаних з психічною травмою та моделювання психотерапевтичних концепцій на прикладах ПТСР та адикцій.

Компартменталізація

Психологічний словник Американської психологічної асоціації визначає термін компартменталізація як захисний механізм, за якого думки, які здаються конфліктуючими або несумісними, ізолюються одна від одної в окремі, непроникні психічні ділянки. У класичній психоаналітичній традиції компартменталізація виникає у відповідь на фрагментацію Его (яке в ідеалі має толерувати двозначність і амбівалентність) (APA Dictionary of Psychology)¹. Відома психоаналітичка Н. Мак-Вільямс визначає компартменталізацію (або роздільне мислення) як механізм психологічного захисту, що проявляється в упертому запереченні суперечностей між якимись ідеями, думками, відношеннями або формами поведінки (McWilliams, 2011).

Термін компартменталізація (англ. compartmentalization від to compartmentalize — «розділяти») початково використовувався в біології. Цей термін функціонує як похідна від слова "відділення", та описує організаційний принцип, що полягає у розділенні ферментів та субстратів у клітині або у відокремленні метаболічних шляхів, що несумісні між собою. У клітинах еукаріот цей процес реалізується через розподіл метаболічних шляхів між різними органелами, що дозволяє клітинам ефективно виконувати свої функції, уникаючи непотрібних взаємодій та зберігаючи внутрішню рівновагу. Такий механізм є важливим для точного функціонування клітин та їх виживання. Тому, таке біологічне визначення досить точно характеризує процес захисту

¹ <https://dictionary.apa.org/compartmentalization>

психіки людини від переживання неприємних емоцій через розділення різних аспектів життя на окремі, не пов'язані між собою, елементи.

Наприклад, підсвідомо чоловік, що гвалтує свою падчерку, може одночасно широко вважати себе високоморальною людиною та засуджувати агресивну поведінку з жінками та підлітками. Крім того, він може вважати, що любить свою падчерку та гідно виховує її.

Позитивний аспект компартименталізації полягає в тому, що вона допомагає уникнути конфліктів. Людина відокремлює сфери свого існування, такі як робота, особисте життя, стосунки, інтереси, розглядаючи їх як окремі "компартименти", що дозволяє їй уникати переплетення і конфліктів між ними. Компартименталізація працює як механізм компенсації, оскільки сприяє збереженню психічного балансу, запобігає перенесенню емоцій та забезпечує ефективність у різних аспектах життя. Компенсація – це захисний механізм психіки, що полягає в несвідомій чи свідомій спробі подолання реальних і уявних недоліків, відновлення порушеної рівноваги психічних і психофізіологічних процесів шляхом створення протилежно спрямованої реакції або імпульсу. Так, компартименталізація як окремий варіант компенсації мотивується підсвідомим бажанням суб'єкта приховати якусь частину свого життя. Негативний аспект компартименталізації є в тому, що він є загрозою втрати зв'язку між різними аспектами життя, який зробить неможливим розгляд їх у комплексі.

Компартименталізація в психоаналітичних концепціях розглядається як інтелектуальний механізм захисту, який має більше спільного з дисоціативними процесами, ніж з раціоналізацією, хоча раціоналізація часто підтримує компартименталізацію. Так само як і ізоляція афекту, розділене мислення є ближчим до примітивніших захистів (*McWilliams, 2011*). Деякі спеціалісти вважають компартименталізацію одним з видів дисоціації (*Holmes, 2005*).

У когнітивній психології С. Showers була створена модель компартименталізації, що описує спектр організації самопізнання від оціночно-інтегративної до оціночно-компартименталізованої. У компартименталізованій Я-

структурі позитивні та негативні самопереконання людини (атрибути), розділені на окремі категорії самооцінки (*Showers1992*).

Щодо участі компартаменталізації в розладах пов'язаних з психічною травмою, то є дослідження кореляції компартаменталізації та ПТСР. Люди з посттравматичним стресовим розладом можуть використовувати компартаменталізацію, щоб відокремити позитивні та негативні аспекти свого Я. Показано, що особи з ПТСР частіше за допомогою компартаменталізації розділяють позитивні та негативні аспекти самооцінки, що допомагає утримати негативні аспекти самооцінки від переважання над позитивними. Так за допомогою компартаменталізації зберігається позитивна Я-концепція. (*Clifford, 2020*).

Щодо зв'язку компартаменталізації з дитячою травмою, то А. Degnan зі співавторами у дослідженні психозів відслідкували кореляцію компартаменталізації з негативними симптомами, однак не знайшли кореляції компартаменталізації з дитячою травмою (*Degnan, 2022*).

Досліджень участі феномену компартаменталізації в хімічних адикціях ми не знайшли, однак є дослідження щодо харчової адикції, де показано кореляцію рівня компартаменталізації з рівнем харчової адикції, та автори наполягають, що компартаменталізація може допомогти в концептуалізації харчової адикції – модель схожа на адиктивне розщеплення особистості, яку буде викладено нижче (*Carbone, 2023*).

Розщеплення

Поняття «розщеплення» широко використовується в психології, особливо в психоаналітичній думці (*Шевченко, 2019*). Уперше поняття розщеплення описує П'єр Жане як розщеплення свідомості, за якого відбувається розщеплення на «нормальне селф» та «вторинне селф». Далі ідея розщеплення була використана Ойгеном Блейлером щодо терміну «шизофренія» (*skhízō* – розщеплювати, *phrēn* – розум).

3. Фройд описував явище розщеплення як ситуацію існування всередині Его двох психічних установок, де одна з них враховує реальність, а друга – ігнорує її, надаючи перевагу бажанням, водночас ці установки не впливають одна на одну та співіснують окремо. З. Фройд вважав, що розщеплення Его є результатом психічної травми. (Freud, 1940).

Далі поняття розщеплення Его використовує Рональд Феєрнберн для шизоїдних особистостей. На відміну від розщеплення свідомості П. Жане, при розщепленні Его в розумінні Р. Феєрбена розщеплюються глибші лібідонозні частини Его, а не поверхневі пов'язані з процесом мислення. Вираз «розщеплене Я» відображає суб'єктивне сприйняття і переконання, що багато «моїх» думок і дій є роботою «Іншого»: *«У справжніх хворих на шизофренію процес заміни почуттів думками відбувається протягом тривалого часу. Коли почуття проявляють себе, зазвичай вони не пов'язані з думками і вкрай недоречні в цій ситуації, або, навпаки, у випадках кататонії, вираження емоцій набуває форми звичайних і мимовільних вибухів. Ухвалення терміну "шизофренія", звісно, насамперед ґрунтувалося на спостереженні цього розладу між думками і почуттями, що справляє враження розщеплення свідомості. Тепер, проте, слід визнати, що розщеплення, яке ми розглядаємо, – насамперед – розщеплення Его. Те, що проявляється на поверхні як розлад між думками і почуттями, має бути відповідно визнано як відображення розщеплення:*

1. більш поверхневої частини Его, що репрезентує вищі рівні і включає свідомість, і

2. глибшої частини Его, що репрезентує глибші рівні та включає зумовлені лібідо елементи і, отже, є джерелом емоцій.

З динамічного психоаналітичного погляду, подібне розщеплення може бути пояснене лише в поняттях репресії, і, отже, ми можемо дійти висновку: *у цьому разі репресується глибока та менш глибока лібідонозні частини Его поверхневою частиною Его, в якій більш розвинений процес мислення»* (Fairbairn, 1940).

Мелані Кляйн використовує інше значення терміну «розщеплення», скоріше як вирішення амбівалентності шляхом розщеплення суперечливих почуттів лише до любої персони і тільки до ненависної персони (добра мати і зла мачуха в казках). Тобто, у випадку з протилежними почуттями любові та ненависті дві протилежності розділяються. Так Мелані Кляйн розуміє розщеплення як розщеплення об'єкта (на «хороші/погані» часткові об'єкти). У своїй теорії об'єктних відносин М. Кляйн стверджує, що найперший досвід немовляти поділяється на цілком добрий досвід з «хорошими» об'єктами і цілком поганий досвід з «поганими» об'єктами. Такий стан психіки називається параноїдно-шизоїдною позицією, де відбувається різке розділення на те, що дитина любить (хороші об'єкти, що задовольняють потреби), і на те, що вона ненавидить (погані, фруструючі об'єкти). М. Кляйн називає хороші та погані груди роздвоєними ментальними сутностями (дитина бачить груди як протилежні за своєю природою в різний час, хоча насправді вони однакові та належать одній матері). Кляйніанці пов'язують розщеплення об'єктів з розщепленням Его в тому сенсі, що без відповідного розщеплення Его, неможливе розщеплення об'єктів (*Steiner, 2023*).

У такому кляйніанському сенсі розщеплення більшою мірою використовується зараз у психологічній літературі. Так у посібнику з психодинамічної діагностики PDM-2 розщеплення визначають як схильність до розділення перцепції та почуттів на «добрі» та «погані» та, як наслідок, до сприйняття себе та інших у карикатурних чорно-білих, абсолютно добрих або абсолютно поганих категоріях (зокрема, як героїв та рятівників, злодіїв та кривдників, або як байдужих свідків жорстокого поводження). Результатом розщеплення може бути сприйняття одних людей як «абсолютно гарних», а інших як «абсолютно поганих» або чергування суперечливих уявлень про одну й ту ж людину. Розщеплення призводить до неможливості інтегрувати різні аспекти ідентичності в єдине ціле. Як наслідок, пацієнти, чия особистість організована на межовому рівні, демонструють дифузю ідентичності: їх погляди, цінності, цілі та почуття до себе нестабільні та мінливі, а самооцінка

може коливатися між поляризованими крайнощами. Такі пацієнти можуть виглядати абсолютно по-різному в різних ситуаціях, оскільки на поверхню виходять різні «відщеплені» частини їх ідентичності. Наприклад, коли їм добре, вони можуть не проявляти ніякої стурбованості щодо свого пригніченого стану минулого тижня, коли думали про суїцид. А перебуваючи у депресії, не мають доступу ні до яких позитивних почуттів та до позитивного самосприйняття (*Lingiardi, 2017*).

Свою концепцію утворення розщеплення висуває О. Кернберг, описуючи проходження дитиною наступних етапів розвитку: 1. Дитина не відчуває себе і об'єкт, а також добро і зло як різні сутності. 2. Добре і погане сприймаються як різні. 3. Розщеплення – поділ зовнішніх об'єктів на «повністю хороші» або «повністю погані». 4. Наявність ненависних думок про іншого не означає, що «Я» є повністю ненависним, і не означає, що інша людина також є повністю ненависною. (*Kernberg, 1990*).

Поняття розщеплення більшою мірою використовується для ранньої травми, ніж для актуальної.

Дисоціація

Явище дисоціації характеризується порушенням або перериванням інтеграції психічних процесів, охоплюючи діапазон від відносно буденних переживань, як-от повне поглинання книгою або фільмом, до важких станів, як-от невпізнання себе в дзеркалі. Легкі форми дисоціації проявляються в зосередженні на одному аспекті переживань і блокуванні інших (*Lyssenko, 2018*). Загалом до дисоціативних симптомів відносять: втрату афекту (тільки думаю, не відчуваю), звуження свідомості (зокрема, «тунельне бачення»), дереалізацію/деперсоналізацію, дисоціативну амнезію, рухові симптоми (ступор, параліч, порушення ходи, тремор і тики, афонія, мутизм, судоми), сенсорні симптоми (гіперстезія, парестезія, анестезія, сліпота, глухота), дисоціативну фугу, дисоціативний (множинний) розлад особистості.

За останні півтора сторіччя значення терміну «дисоціація» сильно еволюціонувало та продовжує розвиватися.

Одним з перших дисоціацію описує (як і розщеплення) П. Жане, як відокремлення комплексу ідей від свідомості з подальшим незалежним існуванням поза нею. Водночас П. Жане стверджував, що дисоціація трапляється лише у людей, які мають конституційну слабкість психічного функціонування, тобто дисоціація – це психічний або когнітивний дефіцит. Травматичний стресор для П. Жане є одним з багатьох стресових факторів, що може погіршити вже наявний психічний дефіцит, породжуючи каскад істеричних або, кажучи сучасною мовою, «дисоціативних» симптомів.

Інтерес до феномену дисоціації виникає наприкінці 19-го / початку 20-го сторіччя, а потім майже повністю загасає. Дисоціація в цей період розглядалася як різновид істерії, пов'язаної з конверсією та відмінної від деперсоналізації. Вона включала амнезію, фугу, деякі змінені стани (зокрема, сомнамбулізм) та множинну особистість.

Друга хвиля інтересу до феномену дисоціації виникає аж в 70-х роках, що, з одного боку, викликано зростанням робіт щодо множинного розладу особистості. З іншого боку, це викликано роботами Ernest Hilgard, який розробляє неадисоціативну модель гіпнозу – під час гіпнозу свідомість розділяється (дисоціюється) на два або більше одночасних потоків, розділених амнезійним бар'єром (навіяним гіпнозом), який перешкоджає доступу до виконавчої або моніторингової функції.

Як важлива клінічна категорія дисоціація набула значення лише у 80-х роках після введення розладу ПТСР в DSM-III. DSM-III, по-перше, відділило дисоціацію від конверсії та додало до нього деперсоналізацію. Також, DSM-III та DSM-IV включили дисоціацію у список критеріїв ПТСР та гострого стресового розладу, однак з деякою смисловою плутаниною. Для ПТСР в DSM-III серед діагностичних критеріїв присутні «флешбеки або дисоціативні епізоди» (саме тоді як дисоціативний епізод і являє собою особливо важкий флешбек з повним, тривалим сенсомоторним переживанням, через що в DSM-

IV вони були об'єднанні в один критерій). У цьому сенсі «флешбек» розглядається як позитивний симптом, тобто присутнє дещо (реперевживання минулої події як такої, яка відбувається зараз), що повинно бути відсутнім. З іншого боку, в описанні гострого стресового розладу, DSM-III та DSM-IV відмовились трактувати флешбеки як дисоціації, зарахувавши до неї оніміння, відчуженість, звуження свідомості, дереалізацію, деперсоналізацію та амнезію, тим самим відносячи дисоціацію до негативних симптомів – відсутнє дещо, що повинно бути присутнім. Зрештою, в описанні критеріїв ПТСР та гострого стресового розладу, DSM-5 розглядає всі ці позитивні та негативні симптоми як дисоціацію. Тобто дисоціація є начебто одночасно і позитивним, і негативним симптомом. Однак смислова плутанина на цьому не закінчується: DSM-5 в описанні критеріїв ПТСР чітко позначає флешбеки та амнезію як дисоціативні симптоми. Водночас присутній окремий уточнюючий діагноз ПТСР «з дисоціативними симптомами», якому відповідають додаткові симптоми деперсоналізації та дереалізації, саме які розглядаються як дисоціативні (*DSM-5, 2013*)

У DSM-5 дисоціація також зустрічається в критерії 9 для межового розладу особистості як «викликаний стресом ... важкий дисоціативний симптом», для якого в якості прикладу наведена тільки деперсоналізація. У посібнику з психодинамічної діагностики PDM-2 (*Lingiardi, 2017*) стверджується, що пацієнти з дисоціативним розладом ідентичності часто невірно діагностуються як з межовим розладом особистості у зв'язку з надто широким трактуванням цього 9-го критерію, водночас вони, як правило, не відповідають критеріям B, D та E для загального розладу особистості, які потребують одного стійкого патерну функціонування особистості, який би був стабільним, незмінним та всеохоплюючим. Так, будь-який пацієнт з дисоціативним розладом, у якого спостерігаються переключення, за визначенням не може мати розлад особистості. Подібна помилка, безперечно, є прикладом невірних критеріїв, оскільки різні «Я»-стани людини з дисоціативним розладом ідентичності будуть проявлятися в перебільшених

особистісних рисах, являючи собою скоріше карикатуру на розлади особистості.

Оно Ван дер Харт, Елерт Нейенхеюс, Кеті Стіл на початку 2000-х пропонують термін структурна дисоціація особистості, за допомогою якого описують множинний розлад особистості. Вони вважають, що дисоціативні роз'єднання відбуваються не просто між ментальними діями, а і між частинами особистості, кожна з яких містить у собі особливі психобіологічні системи – систему наближення до бажаного та систему уникнення від аверсивних стимулів, включаючи небезпеку. Ці дві дисоційовані частини особистості набули назви «Зовнішньо нормальна особистість» та «Афективна особистість». За допомогою моделі структурної дисоціації Оно Ван дер Харт та ін. описують явища ПТСР (особливо його амбітендентну природу суміщення симптомів вторгнення та уникнення), множинного розладу особистості та інші розлади, пов'язані з психічною травмою (*van der Hart, 2006*).

Так існує принаймні три різних значення терміну «дисоціація»:

1. Дисоціація деяких психічних функцій та здібностей. Це визначення найближче до визначення DSM-5: «порушення та/або переривання нормальної інтеграції свідомості, пам'яті, ідентичності, емоцій, сприйняття, репрезентації тіла, моторного контролю та поведінки». Приклади негативних дисоціативних симптомів включають втрату чогось, зокрема, дисоціацію пам'яті (амнезію), відчуттів (конверсійну анестезію) або афекту (емоційне сплюснення). Приклади позитивних дисоціативних симптомів включають вторгнення чогось, зокрема, сенсорного переживання травми (флешбека), будь-яке інше вторгнення афекту, знання, відчуття (в будь-якій модальності) або поведінки (дії, ненавмисної вокалізації тощо). Більшість цих симптомів можуть виникати в межах однієї свідомості.
2. Деперсоналізація/дереалізація. Вони можуть бути інтерпретовані як негативні симптоми, втрата відчуття реальності, хоча DSM-5 вважає їх позитивними за типом вторгнення. Така двозначність відповідає їх

подвійній природі. Вони можуть виникати як окремі симптоми, однак найчастіше спостерігаються як додаткові симптоми при інших посттравматичних та дисоціативних станах.

3. Дисоціативна множинність, яка є множинністю свідомості, та є найбільш очевидною при дисоціативному розладі особистості, в якому зазвичай також зустрічаються і перші два типи дисоціації. Так, завжди існує ймовірність того, що випадки з першими двома типами дисоціації можуть мати також приховану множинність. Визначення DSM-5 може бути неприйнятним для множинності, тому що якщо є більш ніж одне «Я», яке займає свідомість, то є більш ніж один центр суб'єктивного переживання та, відповідно, більш ніж один набір симптомів. (*Lingiardi, 2017*).

Інакше кажучи, якщо взяти усю сукупність уявлень про дисоціацію, то вона охоплює та включає як явища розщеплення, так і явища компартменталізації (*Lanius, 2014*).

У психоаналітичній парадигмі панують два погляди на дисоціацію щодо межі між нормою та патологією:

1. Дисоціація є примітивним захистом, що належить до психотичного реєстру (наприклад, Н. Мак-Вільямс) (*McWilliams, 2011*).
2. Дисоціація є варіантом норми (наприклад, К. Юнг) (*Noll, 1989*).

Співвідношення феноменів дисоціації, розщеплення та компартменталізації в розладах, пов'язаних з психічною травмою

З аналізу досліджень щодо явищ дисоціації та розщеплення можна однозначно констатувати їх зв'язок з психічною травмою (тут ми будемо акцентуватись на хімічних адикціях та ПТСР). Водночас можна побачити деяку плутанину у співвіднесенні цих понять. Частина авторів використовує ці поняття майже синонімічно, частина бачить дисоціацію як більш базовий процес, який лежить в основі як розщеплення, так і компартменталізації. Деякі автори виділяють два види дисоціації – дисоціацію як «від'єднання» (англ. *detachment*) та дисоціацію як компартменталізацію (*Holmes, 2005*)

Тут ми пропонуємо притримуватися погляду, в якому дисоціація та розщеплення розводяться в незалежні феномени. Якщо повернутися до поглядів одного з найперших популяризаторів цих концептів П. Жане, то він під дисоціацією скоріше розумів відокремлення певних психічних процесів від свідомості, а під розщепленням скоріше розумів розділення свідомості з відповідними системами психічних процесів на два або декілька комплексів. Тобто дисоціацією можна назвати відколювання від свідомості, а розщеплення відбувається в системі самої свідомості. Так дисоціація більшою мірою належить до афективного процесу, а розщеплення – до когнітивного. Обидва процеси ми будемо розглядати в континуумі від норми до (суб)психотичного рівня.

Так нормою розщеплення є утворення системи дискретних станів свідомості або Его-станів (як вони розглядаються в транзакційному аналізі), які, з одного боку достатньо розділенні між собою, щоб розглядати їх як окремі, з іншого боку достатньо зв'язані, щоб говорити про цілісність їх системи. Тобто, наприклад, відомі Его-стани Дорослого, Батька та Малюка в транзакційному аналізі ми розглядаємо як розщеплення Его в межах норми. Першим рівнем виходу розщеплення за межі норми ми будемо розглядати явище компарменталізації, де з'являється вже незв'язність між декількома когнітивними системами. Наступним рівнем є утворення множинної структури особистості – тобто в основі утворення множинної особистості ми розглядаємо не механізм дисоціації, а механізм розщеплення на субпсихотичному рівні.

Аналогічно можна розглянути рівні феномену дисоціації: нормою можна вважати процес інтелектуалізації, коли від когнітивної складової відщеплюється її афективна складова та людина починає раціоналізувати досвід, а не переживати його (хоча за бажання людина має доступ до афективної складової). Вихід з межі норми починається у разі повного неконтрольованого відщеплення від свідомості афективних складових досвіду (ізоляція афекту, деперсоналізація, дереалізація), за якого свідомий доступ до переживання блокується повністю. Наступним рівнем можна розглядати

відщеплення від свідомості повної системи досвіду (наприклад, дисоціативна амнезія). Та нарешті, субпсихотичним рівнем можна вважати захоплення регуляції відщепленим досвідом та несвідомі дії під його впливом (наприклад, дисоціативна фуга).

Під впливом травмівного досвіду може відбуватися і процес дисоціації, як захист від невиносних переживань, і розщеплення, як спроба збереження Я-концепції через від'єднання від неї негативного образу Я, здобутого у травмівній ситуації та в подальших спробах інтегрувати травмівний досвід. Наведемо приклад, показаному на рис. 1. Припустимо, маємо якийсь ідеальний початковий стан повністю інтегрованого Его (що, насправді, не буває в реальності). Нехай цей індивід потрапляє в травматичну ситуацію, та частина його самості, що включає невиносні травмівні переживання, відокремлюється від свідомості – відбувається процес дисоціації. Далі, людина може робити невдалі спроби інтегрувати травмівний досвід, та через ці невдалі спроби формується негативна Я-концепція себе як такого, що не впорався, поєднана з переживаннями сорому та провини. Нарешті як захист для збереження Я-концепції відбувається перший рівень розщеплення – компарменталізація. У разі подальших невдалих спроб інтеграції посилюються як процеси розщеплення, так і дисоціації. Процес розщеплення на наступному рівні приводить до патологічного розщеплення Его на два (або декілька) станів, які ми будемо називати Нормативним Его-станом (в якому збережена нормативна Я-концепція) та Травматичним Его-станом (який організовано навколо негативної Я-концепції, постратравматичних почуттів сорому/провини та сформованим комплексом вивченої безпорадності). Крім того частина дисоційованого селф утворює власну відокремлену від свідомості систему, яку ми будемо називати Селф-станом. Ця система час від часу може «захоплювати керування», що проваляється в, здавалося б, немотивованих поведінкових відігруваннях афектів (наприклад агресії) – можна це назвати як дисоціативні поведінкові реакції, до яких однозначно можна віднести до поведінки під час флешбеків. У роботі (*Starkov, 2023*) Старковим Д. ці три стани було

запропоновано називати Персоною (Нормативний Его-стан), НеГероєм (Травматичний Его-стан) та Жертвою (Травматичний Селф-стан).

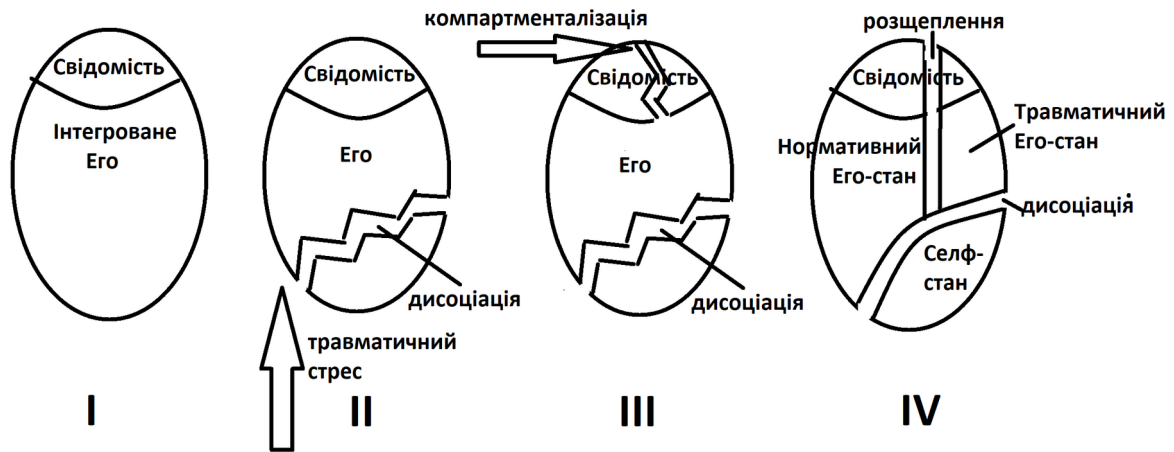


Рис. 1. Розщеплення та дисоціація при комплексному ПТСР

Розглянемо можливі ситуації комбінацій розщеплення та дисоціації у разі адикцій. Наприклад, за ранньої травми частина дитячого досвіду може бути повністю дисоційована та до неї у свідомому віці ніколи не було доступу свідомості. Однак, під час алкогольного/наркотичного сп'яніння цей досвід може бути «позитивно» інтегрований в стан зміненої свідомості, що і переживається людиною як «кайф» (невизначні позитивні переживання на рівні «дива»). Однак така інтеграція можлива лише в стані зміненої свідомості, тому людина буде жадати цього стану, через що формується мотивація до вживання. Далі, через повторювальне вживання формується своєрідна адиктивна Я-концепція, яка однак є відщепленою від нормативної Я-концепції – у такий спосіб формується адиктивне розщеплення особистості. Особливістю такого розщеплення є інтеграція травматичного Селф-стану та адиктивного Его-стану під час сп'яніння, переживання чого і є головним мотивом вживання (рис. 2а).

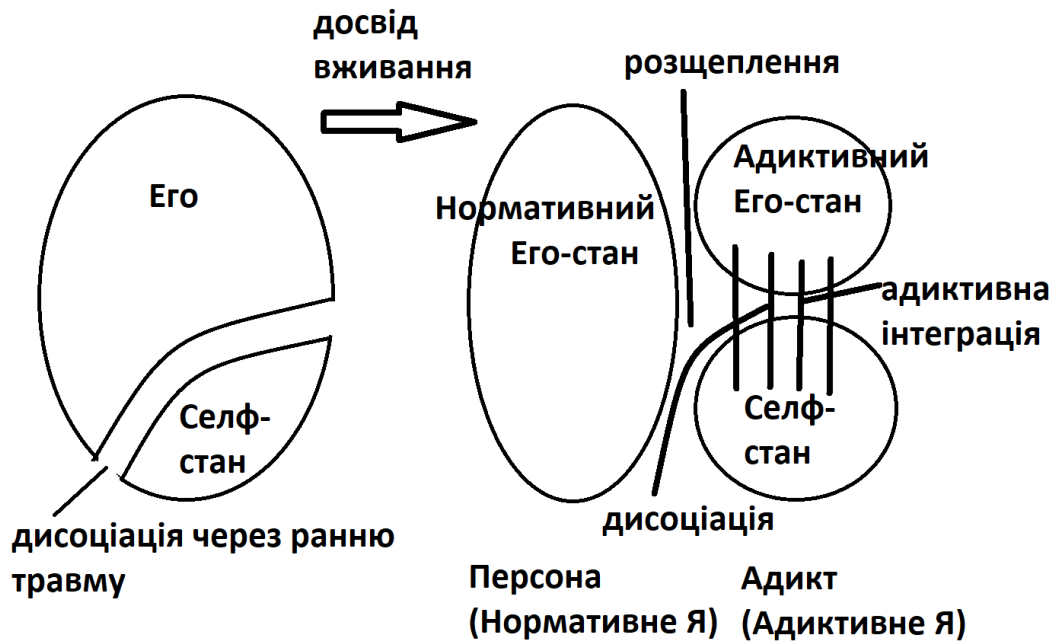


Рис. 2. Розщеплення та дисоціація внаслідок адикцій

а. адикція внаслідок дитячої травми

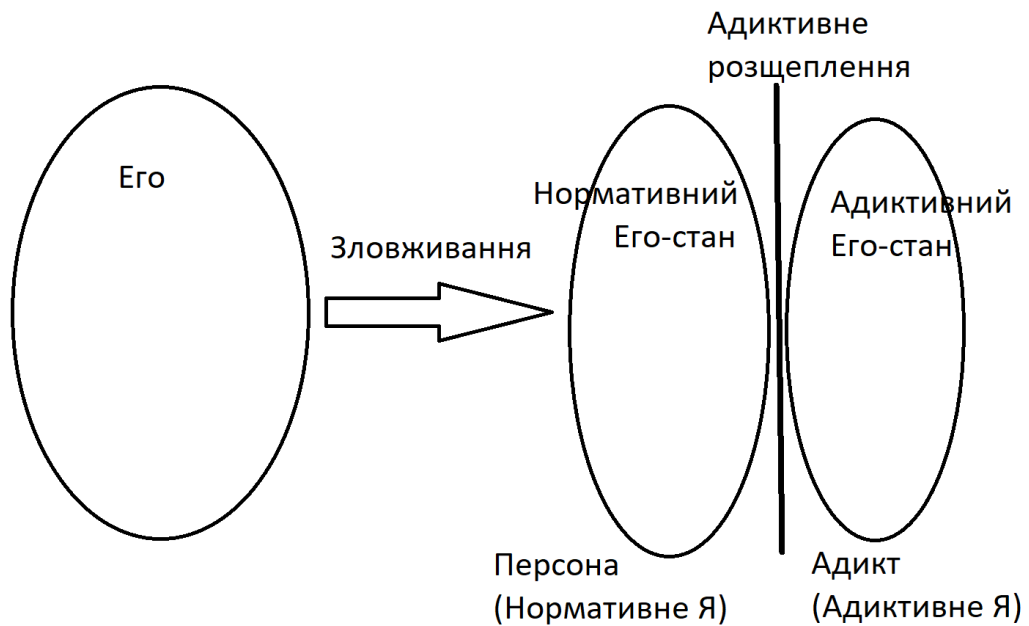


Рис. 2. Розщеплення та дисоціація внаслідок адикцій

б. адикція внаслідок соціально-обумовленого зловживання

Однак адикції можуть формуватися і без ситуації ранньої травми під впливом соціальної ситуації. Наприклад, у середовищі з тенденцією до вживання, особа, що має генетичну схильність, може почати зловживати алкоголем. Ситуації зловживання викликають з одного боку сором, але з іншого боку людина може не мати сили відмовитися від подальшого вживання. Така ситуація амбівалентності вирішується через компартименталізацію з подальшим адиктивним розщепленням Его (рис. 2б.).

Висновки

З огляду на аналіз явищ розщеплення та дисоціації, ми наполягаємо на розрізненні цих механізмів. Хоча процеси розщеплення та дисоціації і підтримують один одного, однак вони мають різну природу. Так розщеплення відбувається на рівні свідомості та в основі має когнітивний механізм. У разі розщеплення відбувається ефект множення «центрів Я», через що утворюються різні Его-стани. Це явище відбувається і в нормі (приклад Его-стани Дорослого, Батька та Малюка), однак за травми розщепленні Его-стани перестають взаємодіяти один з одним. Водночас при дисоціації відбувається відокремлення частини психіки (самості) від свідомості, з утворення позасвідомого Селф-стану.

У цій статті було показано три варіанти комбінацій утворення дисоціації та розщеплення в розладах, пов'язаних з психічною травмою – за комплексного ПТСР, хімічної адикції з ранньою травмою та адикції при соціально-обумовленому зловживанні. Загалом, можуть існувати різні варіанти поєднання розщеплення та дисоціації в розладах, пов'язаних з психічною травмою, тут було описано лише декілька варіантів для адикцій та ПТСР.

Запропонована модель має своє пряме практичне застосування. По-перше, модель дисоціації та розщеплення в психічній травмі допомагає психотерапевту зрозуміти клієнта та концептуалізувати його розлад. Запропонована модель може допомогти зрозуміти різні явища у психотерапевтичному процесі, зокрема таке, як негативну терапевтичну

реакцію, коли після начебто успішної терапевтичної роботи з редукцією симптомів, клієнт несподівано демонструє погіршення, або, не дивлячись на об'єктивне покращення, суб'єктивно відчуває себе гірше, ніж було раніше. Наприклад, у разі посттравматичного розщеплення при кПТСР така негативна терапевтична реакція може пояснюватися недоопрацюванням з посттравматичними почуттями сорому та провини у відщепленому травматичному Его-стані: клієнт себе парадоксально відчуває негідним одужання, тому коли воно наступає, починає себе несвідомо за це карати. Аналогічно можна пояснити і опір в психотерапії – не дивлячись на терапевтичний альянс з однією частиною особистості, інша відщеплена частина може не бажати видужання.

Так ми підійшли до другого важливого практичного застосування запропонованої моделі – концептуалізації побудови терапевтичного альянсу – йдеться про те, що альянс необхідно будувати з усіма частинами особистості, а не лише з однією нормативною, причому, з відщепленими Его-станами альянс будується на когнітивному рівні, а з дисоційованими Селф-станами альянс будується невербальний (на рівні тону голосу та іншої невербальної комунікації).

Та останнім психотерапевтичним застосуванням є концептуалізація мішеней психотерапії, якою і є інтеграція дисоційованих та відщеплених частин особистості в єдине ціле.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References

Carbone, G.A., De Rossi, E., Prevete, E., Tarsitani, L., Corazza, O., Massullo, C., Farina, ... Bersani, F.S. (2023). Dissociative experiences of compartmentalization are associated with food addiction symptoms: results from a cross-sectional report. *Eat Weight Disord.* 28(1):28. DOI: <https://doi.org/10.1007/s40519-023-01555-2>

Clifford, G., Hitchcock, C., Dalglish, T. (2020). Compartmentalization of self-representations in female survivors of sexual abuse and assault, with posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychol Med.* 50(6):956-963. DOI: <https://doi.org/10.1017/s0033291719000837>

Degnan, A., Berry, K., Humphrey, C., Bucci, S. (2022). The role of attachment and dissociation in the relationship between childhood interpersonal trauma and negative symptoms in psychosis. *Clin Psychol Psychother.* 29(5):1692-1706. DOI: <https://doi.org/10.1002/cpp.2731>

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 5-th Ed. (2013). *American Psychiatric Association.*

Fairbairn W.R.D. (1940) Schizoid Factors in the Personality

Freud, S. (1940). Splitting of the ego in the process of defence. *London: Hogarth, Standard edn*, Vol. 23, pp. 273–278.

Holmes, E.A., Brown, R.J., Mansell, W., Fearon, R.P., Hunter, E.C., Frasquilho, F., Oakley, D.A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clin Psychol Rev.* 25(1):1-23. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>

Holmes, E.A., Brown, R.J., Mansell. W., Fearon, R.P., Hunter, E.C., Frasquilho, F., Oakley, D.A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clin Psychol Rev.* 25(1):1-23. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.006>

Kernberg, O.F. (1995). Borderline Conditions and Pathological Narcissism. *Jason Aronson, Inc.*

Lanius, U.F., Paulsen, S.L., Frank, M. (Eds.). (2014). Neurobiology and Treatment of Traumatic Dissociation. *Corrigan. Springer Publishing Company.*

Lingiardi, V., McWilliams, N. (Eds.). (2017). Psychodynamic diagnostic manual: PDM-2 (2nd ed.). *The Guilford Press.*

Lyssenko, L., Schmahl, C., Bockhacker, L., Vonderlin, R., Bohus, M., Kleindienst, N. (2018). Dissociation in Psychiatric Disorders: A Meta-Analysis of

Studies Using the Dissociative Experiences Scale. *Am J Psychiatry*. 175(1):37-46.
DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17010025>

McWilliams, N. (2011). Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process (2nd ed.). *Guilford Press*.

Noll, R. (1989). Multiple personality, dissociation, and C.G. Jung's complex theory. *J Anal Psychol.*; 34(4):353-70. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1465-5922.1989.00353.x>

Shevchenko, Z.V. (2019). Kontsepsiia rozshcheplennia svidomosti u psykhoanalizi ta naslidky yii zastosuvannia dlia sotsialnoho piznannia [The Concept of Splitting Consciousness in Psychoanalysis and the Implications of Its Application for Social Cognition]. *Naukovyi visnyk. Seriia «Filosofii»*. Kharkiv: KhNPU,. V.52 (part I). P. 133-147. DOI: <http://dx.doi.org/10.34142/23131675.2019.52.12> [in Ukrainian]

Showers, C. (1992). Compartmentalization of positive and negative self-knowledge: Keeping bad apples out of the bunch. *Journal of Personality and Social Psychology*. 62(6), 1036–1049. DOI: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.62.6.1036>

Starkov, D.Yu., Yaryi, V.V., Olishevskyi, O.V. (2023). Orhanizatsiia statsionarnoi medyko-psykholohichnoi reabilitatsii rozladiv, poviazanykh z psykhičnoiu travmoiu ta stresom: naukovo-metodychnyi posibnyk [Organization of inpatient medico-psychological rehabilitation of disorders associated with mental trauma and stress: scientific and methodological guide]. *Kyiv: FOP Yamchynskyi O.V.* [in Ukrainian]

Steiner, J. (2023). A Kleinian appreciation of the Ego and the Id (1923-2023). *Int J Psychoanal.* 104(6):1110-1120. DOI: <https://doi.org/10.1080/00207578.2023.2277016>

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). The Haunted Self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. *New York & London: W. W. Norton & Co.*