

ГЛАВА 17

КОМПЛЕКСНА ТРАВМА ТА МЕЖОВА СТРУКТУРА ОСОБИСТОСТІ

МРО як відображення комплексного ПТСР

Виникнення станів і ядро ідентичності

Розмежування станів комплексного посттравматичного стресового розладу (кПТСР) та межової структури особистості передбачає глибокий аналіз виникнення порушень і специфіки ядра ідентичності. Попри зовнішню схожість симптомів, таких як емоційна дестабілізація та труднощі в міжособистісних стосунках, внутрішні механізми формування образу особистості в цих станах мають суттєві відмінності. Дослідження Джудіт Герман, яка заклала основу розуміння комплексної травми, вказують на ключову роль тривалого перебування всередині безвихідної ситуації, що характеризується тотальним контролем із боку агресора. За таких умов — чи то багаторічне домашнє насильство, чи перебування в закритих деструктивних спільнотах — психіка клієнта формує стабільно негативний образ особистості. Ідентичність за комплексної травми кристалізується навколо постійного відчуття провини, сорому та глибокої переконаності у власній “дефектності”. Відчуття дефектності стає константним атрибутом самосприйняття, перетворюючись на жорсткий внутрішній каркас. Особистість клієнта з комплексним ПТСР часто сприймає насильство як заслужене покарання, що веде до виникнення стійкого самозвинувачення. Внутрішній світ у цьому випадку нагадує застиглу структуру, де образ особистості чітко визначений кризь призму завданої шкоди.

На противагу стабільно негативній ідентичності за комплексної травми, межовий розлад особистості демонструє зовсім іншу динаміку

ядра ідентичності. Згідно з біосоціальною теорією Марші Лінехан, формування межового патерна спирається на обов'язкову наявність вродженої нейробиологічної вразливості. Ця вразливість проявляється у підвищеній чутливості емоційних рецепторів та уповільненому поверненні до базового рівня збудження. У поєднанні зі середовищем, що заперечує або карає вияв почуттів, біологічна схильність веде до виникнення дифузної ідентичності.

Образ особистості за межового патерну позбавлений стабільності та постійно коливається між полюсами грандіозності та нікчемності. На відміну від клієнта з комплексною травмою, який має фіксоване, хай і негативне, уявлення про особистість, межовий клієнт стикається з лясним відчуттям відсутності будь-якого внутрішнього наповнення. Спостерігається стан “хронічної порожнечі”, за якого розуміння цілей, цінностей та уподобань змінюється залежно від оточення або поточного афекту. Особистість не має постійності, повсякчас адаптуєчись до очікувань значущих інших, що виключає можливість фіксації навіть негативного образу.

Відмінність у сприйнятті минулого та сьогодення також слугує важливим діагностичним маркером. За комплексної травми в психіці клієнта домінують флешбеки та інтрузивні спогади, що прив'язують особистість до конкретних подій заподіяння шкоди. Самозвинувачення має ситуативний, хоча й генералізований характер: віра у власну “поганість” є способом пояснити насильство, що відбулося. Приклад поведінки клієнта з комплексним розладом часто містить уникання ситуацій, що нагадують про травму, та прагнення до соціальної ізоляції заради збереження крихкої безпеки. Внутрішнє відчуття зламаності сприймається як доведений факт, що не підлягає сумніву. У випадку межового розладу на перший план виходить не конкретний травматичний досвід, а тотальна нездатність до саморегуляції та страх поглинання або самотності. Межовий патерн проявляється у різкій зміні захоплень, стилів одягу та навіть манери мовлення у випадку зміни кола спілкування. Якщо клієнт із травмою відчуває присутність *зіпсованого* “я”, то межовий клієнт *переймається* відчуттям *відсутності* “я”. У періоди самотності відсутність зовнішнього віддзеркалення призводить до втрати відчуття реальності власного існування, що провокує імпульсивні дії заради здобуття хоча б тимчасової фіксації меж особистості.

Дослідження показують, що за комплексної травми домінантним афектом є жах і відрaza до власної особистості, тоді як за межового розладу превалує гнів і нестерпна нудьга. Концепція Джудіт Герман підкреслює, що соціальне функціонування клієнта з травмою часто залишається відносно стабільним до моменту активації тригера, водночас межова структура демонструє постійну хаотизацію всіх сфер життя. Унікальним прикладом слугує реакція на пропозицію допомоги: клієнт із комплексним ПТСР може відкидати підтримку через глибоку недовіру та відчуття негідності, сприймаючи доброту як потенційну загрозу. Межовий клієнт, навпаки, схильний до миттєвої ідеалізації помічника, вбачаючи в новому контакті шанс на здобуття цілісності, проте найменша затримка уваги з боку терапевта викликає лють і відчуття тотальної зради. Різниця полягає в тому, що травмована особистість захищає існуючі межі від вторгнення, а межова особистість відчайдушно шукає зовнішню опору для створення меж, яких немає всередині.

Нейробіологічні кореляти також підтверджують різницю в генезі цих станів. За комплексної травми спостерігається гіперактивація систем виявлення загрози, що пов'язані із конкретними стимулами минулого. За межової патології дефіцит гальмування в префронтальній корі має більш розгалужений характер, ускладнюючи модуляцію будь-яких афектів, а не лише тих, що пов'язані із травмою. Важливо розуміти, що межовий розлад може сформуватися й за відсутності важких епізодів фізичного насильства, виключно за рахунок поєднання біологічного темпераменту та емоційної невідповідності оточенню. Комплексна травма, навпаки, завжди є наслідком зовнішнього деструктивного впливу. Помилкове отождоження цих станів призводить до упущення важливих терапевтичних мішеней. Робота з травмою потребує поступового відновлення безпеки та інтеграції минулого досвіду, тоді як межова структура потребує вибудовування базових навичок регуляції та консолідації ідентичності “тут і зараз”.

Підбиваючи підсумки порівняння, варто наголосити на важливості диференційованого підходу для ефективного супроводу. Розуміння того, що вкорінене самозвинувачення клієнта з травмою — це спроба здобути контроль над непередбачуваним злом, а порожнеча межового клієнта є наслідком системного збою в розвитку ідентичності, дозволяє точніше підбирати інтервенції. Розмежування фіксованої негативної

ідентичності та мінливої дифузної структури ідентичності стає основою для побудови довгострокового плану змін. Знання теоретичних основ, що були закладені Герман і Лінехан, допомагає побачити за схожою зовнішньою поведінкою принципово різні психологічні потреби. Подальше вивчення стратегій виживання та механізмів адаптації дозволить ще глибше зрозуміти специфіку існування всередині цих станів, що складе зміст наступного аналізу.

ПРИНЦИПИ САМОПІЗНАННЯ

- ✓ **Хронологія зміни Я-концепції.** Для розмежування стійкої негативної ідентичності (кПТСР) та дифузної ідентичності (МРО) необхідно провести ретроспективний аналіз сприйняття особистості. Клієнту пропонується описати образ себе у трьох різних контекстах: наодинці, у професійному середовищі та у близьких стосунках. Згідно з висновками Джудіт Герман, за комплексної травми описи міститимуть сталі складові (почуття провини, відчуття “дефектності”, зламаності), які залишаються незмінними незалежно від ситуації. У випадку межової структури, спираючись на біосоціальну модель Лінехан, людина виявить радикальні розбіжності: у різних колах спілкування вона може відчувати себе принципово різною людиною, аж до зміни манери мовлення та цінностей. Якщо наодинці настає повна втрата розуміння своєї ідентичності, то фіксується межова порожнеча. Якщо ж наодинці зберігається чітке, але болісне відчуття себе як жертви, — фіксується кПТСР.
- ✓ **Реакція на валідацію.** Ця вправа спрямована на виявлення нейробіологічної вразливості та дефіциту саморегуляції. За безпечних обставин клієнту пропонується згадати нещодавній випадок емоційного сплеску та подальшу реакцію оточення. Якщо підтвердження почуттів із боку іншого (“Я розумію, що тобі боляче”) викликає миттєве полегшення, але потім відбувається новий виток афекту через страх, що це розуміння зникне, то спостерігається межова динаміка пошуку зовнішньої регуляції. Якщо ж валідація викликає гостру недовіру, сором або фізичне бажання відсторонитися (“Я не вартий уваги”, “Це пастка”), то фіксується патерн кПТСР. Ця вправа дозволяє визначити первинну мішень: навчання навичкам біологічної регуляції за Лінехан або подолання захисної недовіри за Герман.
- ✓ **Інвентаризація інтрузивних станів.** Для уточнення генези стану потрібно провести картографію внутрішніх дефіцитів. Клієнт фіксує протягом тижня моменти гострого дискомфорту. За кПТСР записи будуть

центровані навколо інтрузивних елементів: конкретних спогадів, тілесних затискачів, що пов'язані із минулим насильством, та відчуття “захоплення” минулим. За МРО записи відображатимуть дефіцитарність: брак сенсів, відчуття нудьги, відсутність внутрішніх орієнтирів та потребу в комусь, хто “наповнить” життя. Згідно з дослідженнями Герман, травмоване “я” перевантажене минулим, тоді як межове “я”, за Лінехан, недовантажене внутрішнім змістом. Цей моніторинг допомагає клієнту усвідомити: чи бореться він із “привидами” минулого, чи з дефіцитом не сформованих раніше внутрішніх опор.

Стратегії виживання та дефіцит автономії: уникнення за комплексного ПТСР та пошук злиття за МРО

Аналіз міжособистісної навігації в межах діагностичних стандартів МКХ-11 дозволяє виділити специфічні патерни соціальної взаємодії, що розділяють комплексний посттравматичний розлад і межову структуру особистості. Мерілін Клуатр указує на домінуючу роль *соціальної відстороненості* як провідного механізму захисту за умов хронічної травматизації. Досвід тривалого насильства формує стійку установку, згідно з якою будь-яка близькість пов'язана з високим рівнем ризику отримання фізичної або психічної шкоди. Контакт з оточенням сприймається як зона підвищеної небезпеки. Внаслідок зазначених причин обирається стратегія уникання, яка спрямована на збереження контролю над безпекою через постійне дистанціювання. Самотність за цих обставин функціонує не як дефіцитарний стан, а як необхідна умова виживання, що забезпечує захист від повторного вторгнення агресора. Жорсткі, практично непроникні межі слугують інструментом підтримки крихкої стабільності внутрішнього світу. Близькість для клієнта з комплексною травмою тотожна втраті контролю, що робить ізоляцію найбільш прийнятним способом існування.

Межова структура особистості демонструє протилежний вектор руху в соціальному просторі. Замість відстороненості спостерігається хаотичний пошук злиття, що зумовлений виразним дефіцитом автономного функціонування. Панічний жах перед можливою самотністю диктує необхідність встановлення надінтенсивних, але короткочасних зв'язків. Близькість сприймається як єдиний спосіб здобуття цілісності та заповнення внутрішньої порожнечі. Дифузні межі призводять

до швидкого розчинення в особистості партнера, що породжує низку емоційно виснажливих стосунків. Бажання повного поглинання іншою людиною змінюється страхом втрати індивідуальності, проте потреба в об'єкті-регуляторі завжди домінує над прагненням до незалежності. Клієнт із межовим розладом не шукає безпеки в самотності, а, навпаки, бачить в усамітненні загрозу знищення особистості.

Концепція *менталізації*, що була запропонована Пітером Фонагі, прояснює когнітивні спотворення, що зумовлюють ці стратегії. У межах переживання комплексної травми відзначається стан підвищеної пильності, що змушує інтерпретувати нейтральні вияви уваги з боку оточення як приховану агресію. Мозок функціонує в режимі очікування нападу, що унеможлиблює адекватне розуміння мирних намірів співрозмовника. Межовий патерн характеризується механізмом проективної ідентифікації. Нездатність витримувати невизначеність у стосунках змушує приписувати оточенню власні неусвідомлені почуття, провокуючи конфлікти заради отримання миттєвої реакції. Незрозумілість намірів партнера спричиняє нестерпну тривогу, що потребує негайного вирішення через перевірку зв'язку або розрив. Розуміння чужого задуму спотворюється під тиском афекту, змінюючи діалог на спробу керування почуттями іншої особи.

Відмінності у структурі меж яскраво проявляються в щоденній взаємодії та побутових ситуаціях. Клієнт із комплексною травмою часто підтримує формальні, підкреслено ввічливі стосунки, не допускаючи нікого в особистий простір. Будь-яка спроба скорочення дистанції з боку колег чи знайомих викликає реакцію заціпеніння. У домашній обстановці спостерігається прагнення до відокремлення, створення захищених зон, доступ до яких обмежений навіть для близьких родичів. Натомість клієнт із межовим розладом схильний до миттєвого саморозкриття, вимагаючи аналогічного ступеня відкритості від ледь знайомих людей. Відсутність розуміння особистої автономії призводить до постійного порушення чужого простору, що часто закінчується соціальним відчуженням. У побуті межовий патерн проявляється в нав'язливому контролі за пересуваннями партнера, нескінченних телефонних дзвінках і вимогах постійних доказів любові. Страх перед самотністю змушує руйнувати межі оточення, перетворюючи близькість на їдке співзалежне існування.

Соціальна навігація у випадку травми характеризується дефіцитом ініціативи та прагненням стати невидимим для суспільства. Клієнт із комплексним ПТСР обирає професії, що виключають інтенсивну взаємодію, і мінімізує участь у колективних заходах. Межова структура, навпаки, шукає яскравого соціального віддзеркалення, часто пов'язаного з драматичними міжособистісними сценаріями. Пошук злиття штовхає на участь у сумнівних групах або швидкі романтичні прив'язаності, де відсутність меж сприймається як справжня близькість. Крах цих сподівань призводить до важких афективних сплесків, проте досвід невдач не зупиняє нових спроб пошуку ідеального об'єкта. Автономія сприймається як покарання, а не як цінність, що робить незалежне існування джерелом болісних страждань.

Терапевтична робота потребує врахування зазначених відмінностей у способах взаємодії зі світом. У випадку надання допомоги у подоланні наслідків комплексної травми зусилля спрямовуються на поступове розширення зони контакту та відновлення здатності до довіри. Людина потребує досвіду безпечного зближення без втрати особистої автономії та контролю над ситуацією. Психотерапія межового клієнта потребує іншого підходу, який був би сфокусований на зміцненні внутрішніх меж та навчанні навичкам витримування дистанції. Розвиток здатності перебувати наодинці без відчуття розпаду стає пріоритетним завданням. Зміцнення особистих меж та стабілізація образу "я" дозволяють знизити залежність від зовнішніх об'єктів-регуляторів. Замість пошуку злиття метою стає формування стійкої ідентичності, яка здатна на зріле партнерство без втрати себе.

Завершуючи порівняння стратегій виживання, необхідно підкреслити, що дефіцит автономії є ключовою мішенню за межового розладу, тоді як за комплексної травми основною проблемою залишається дефіцит безпеки в контакті. Розуміння специфіки соціальної навігації дозволяє вибудовувати адресну допомогу, що враховує унікальні потреби кожної групи. Навчання навичкам менталізації допомагає клієнтам обох категорій краще розуміти наміри інших, знижуючи рівень страху та агресії в міжособистісному спілкуванні. Перехід від виживання до усвідомленої побудови стосунків стає можливим лише за умови визнання та опрацювання базових дефектів у структурі меж та автономії.

ПРИНЦИПИ САМОПІЗНАННЯ

- ✓ **Визначення соціальної дистанції.** Для розмежування захисного уникання у випадку травми та пошуку злиття за межового розладу пропонується провести аналіз комфортної психологічної дистанції. Клієнту потрібно оцінити рівень тривоги за умов входження в новий колектив або під час знайомства. Згідно з Мерілін Клуатр, за комплексного ПТСП провідним імпульсом буде прагнення “зникнути”, тобто зайняти місце в темному кутку та мінімізувати зоровий контакт заради збереження безпеки. Якщо ж виникає нав’язливе бажання негайно сподобатися, викликати зворотну реакцію або вступити в інтенсивний діалог із метою заповнення внутрішньої порожнечі, то фіксується межовий вектор злиття. Вправа допомагає усвідомити: чи є дистанція способом захисту від болю (кПТСП), чи джерелом болісної самотності (МРО).
- ✓ **Виявлення намірів оточення.** Для корекції когнітивних спотворень застосовується протокол аналізу нейтральних стимулів. Коли виникає дискомфорт у спілкуванні (наприклад, якщо співрозмовник не відповів на повідомлення одразу), необхідно записати перше, що спало на думку. Якщо переважає інтерпретація “Він задумав щось лихе” або “Це вияв прихованої агресії”, то йдеться про гіперпильність, яка є характерною для комплексної травми за Фонагі. Якщо ж домінує ідея “Мене покинули”, “Я більше не потрібен” або “Я нікчема, адже мені не пишуть”, то фіксується межова проєктивна ідентифікація. Різниця в когнітивній оцінці однієї та тієї самої події дозволяє клієнту побачити: чи реагує мозок на загрозу нападу, чи на загрозу відторгнення.
- ✓ **Вимушена автономія.** Для опрацювання дефіциту меж пропонується провести дослід “контрольованої самотності”. Клієнту необхідно провести одну годину без використання засобів зв’язку та інтернету, фокусуючись на внутрішніх процесах. Дослідження Пітера Фонагі показують, що межовий суб’єкт сприймає такий стан як *психологічну смерть*, що провокує імпульсивний пошук контакту. Якщо під час вправи наростає паніка та відчуття втрати реальності власного існування, то діагностується дефіцит автономії. Клієнт із комплексною травмою, навпаки, у цій ситуації відчує значне зниження рівня кортизолу та стабілізацію, оскільки відсутність “інших” означає відсутність “загроз”. Цей експеримент допомагає наочно продемонструвати, що автономія для одного є ресурсом, а для іншого — зоною гострого дефіциту, що потребує поступового зміцнення внутрішніх меж”.

Дисоціація та тілесна пам'ять: соматичні флешбеки за емоційної дисрегуляції

Завершення аналізу відмінностей між межевою структурою та комплексним ПТСР потребує звернення до рівня фізіології та соматичних реакцій. Розуміння природи афективних сплесків неможливе без урахування внеску *тілесної пам'яті*, яка була детально описана у працях Бессел ван дер Колка. Дослідження вказують на здатність організму зберігати сліди перенесеної шкоди в обхід вербальних центрів кори головного мозку. У випадку комплексної травми емоційні бурі часто являють собою соматичні флешбеки. Зазначений стан характеризується мимовільним проживанням фізичного жаху, що виник у минулому, але активується в теперішньому через сенсорні канали. Зовнішній стимул, що функціонує як тригер, може виявлятися з мінімальною інтенсивністю, проте мати специфічне значення для нервової системи. Хлопання дверей, запах певних парфумів, різкий звук або випадковий дотик запускають каскад реакцій у мигдалеподібному тілі. Клієнт у випадку комплексної травми провалюється у стан біологічного виживання, де пульс, дихання та м'язовий тонус відповідають моменту реальної небезпеки, що мала місце роки тому. Соматичний флешбек позбавлений зв'язку з поточним соціальним контекстом, адже є прямим вторгненням минулого в тілесну оболонку.

Межова дисрегуляція має принципово інший механізм запуску. Афективні шторми за межового розладу практично завжди мають чітку інтерперсональну природу й вкорінені в подіях актуальної взаємодії. Найсильніша емоційна реакція стає відповіддю на сприйняття подій "тут і зараз". На відміну від реакції на нейтральний фізичний звук дверей, що хлопають, межовий сплеск провокується холодним поглядом партнера, затримкою відповіді на електронний лист або ледь помітною зміною інтонації співрозмовника. Гнів чи відчай клієнта з межовим розладом спрямовані на зміну поточної ситуації у стосунках або на припинення нестерпного почуття самотності в даний момент. Якщо у випадку травми тіло реагує на сенсорне відлуння минулого, то за межової патології психіка реагує на загрозу розриву зв'язку в сьогоденні. Різниця між соматичним флешбеком та емоційною реактивністю визначає фокус терапевтичної уваги: від пошуку прихованого тригера в пам'яті до аналізу поточного міжособистісного процесу.

Дослідження Мартіна Бохуса суттєво допомагають розмежувати механізми дисоціації, що притаманні цим станам. Посттравматичне *заципеніння* постає як захисне вимкнення чутливості. Описаний процес спрямований на зниження інтенсивності болю завдяки досягненню стану психічної та фізичної анестезії. Дисоціація у випадку травми відчувається як втрата зв'язку з реальністю заради збереження цілісності в умовах нестерпного тиску. Межове *розщеплення* має інше функціональне завдання: воно слугує способом опанування амбівалентності почуттів, коли психіка не в змозі одночасно утримувати любов і ненависть до одного й того самого об'єкта. Дисоціативні епізоди за межового розладу часто супроводжуються відчуттям внутрішньої порожнечі, що виникає в моменти втрати зовнішньої опори або віддзеркалення. Мартін Бохус підкреслює, що межова дисоціація є наслідком екстремального рівня емоційного збудження, яке блокує когнітивні функції, тоді як травматична дисоціація — це еволюційний механізм завмирання в умовах неминучої загрози.

Проблема коморбідності травми та межової структури потребує особливої уваги для побудови плану допомоги. У випадках, коли обидва стани співіснують, спостерігається накладення сенсорної чутливості на міжособистісну вразливість. Робота з поєднаною патологією диктує необхідність першочергової стабілізації тілесних реакцій. Доки нервова система перебуває в режимі постійного сканування сенсорних загроз і проживання соматичних флешбеків, розвиток складних навичок емоційної регуляції та робота з особистісними патернами видаються скрутними. Психотерапевтичний вплив має починатися з відновлення відчуття безпеки всередині фізичної оболонки та навчання технікам заземлення. Навчання клієнта розпізнаванню різниці між тілесним сигналом із минулого та емоційною реакцією на поточного партнера стає стрижневим елементом процесу зцілення.

Точна діагностика є ключем до вибору адекватного терапевтичного шляху. Змішування понять призводить до застосування неефективних стратегій. Комплексна травма потребує використання технік експозиції та інтеграції минулого досвіду, що дозволяє знизити чутливість до сенсорних тригерів. Межовий клієнт, навпаки, потребує розвитку здібностей до менталізації, зміцнення ідентичності та навчання навичкам ефективної взаємодії в міжособистісному полі. Методи, що спрямовані на “відкривання” травматичних спогадів, можуть виявитися передчасними та

дестабілізаційними для клієнта з межовою структурою, який не володіє достатніми ресурсами для контейнування тривалого афекту. Спершу необхідно вибудувати структуру та навички регуляції, і лише потім — звертатися до глибинних шарів травматичного досвіду.

Дослідивши зв'язок між травмою та структурою особистості, ми бачимо, наскільки важливо дотримуватися дбайливого й диференційованого підходу. Визнання унікальності кожного стану дозволяє уникнути спрощень і хибних висновків щодо причин поведінки. Травма залишає слід у вигляді тілесного відлуння, а межовий патерн проявляється в афективних штормах міжособистісного характеру. Поєднання досягнень ван дер Колка, Бохуса та Лінехан створює цілісну картину людського страждання, в якій є місце як для соматичного зцілення, так і для особистісного зростання. Вміння балансувати між “полюсами” травми та структури особистості відкриває шлях до справжнього відновлення автономії та здатності до здорової близькості, вільної від привидів минулого та страху сьогодення. Стабілізація фізичного стану та зміцнення особистих меж створюють міцний фундамент, на якому стає можливою побудова життя, наповненого сенсом і стійкістю до будь-яких емоційних викликів.

ПРИНЦИПИ САМОПІЗНАННЯ

- ✓ **Сенсорний фільтр тригерів.** Для розмежування соматичного флешбеку (ПТСР) та емоційної реактивності (МРО) пропонується провести перевірку реакції на стимули. У випадку виникнення раптового фізичного дискомфорту (задухи, тахікардії, тремору) необхідно поставити запитання: “Чи пов’язаний цей стимул із фізичними характеристиками середовища чи з якістю стосунків?”. Дослідження ван дер Колка підтверджують, що за комплексного ПТСР реакція запускається сенсорно: запахом, звуком або дотиком, які тіло помилково ідентифікує як повернення в момент насильства. Якщо тіло “спалахує” у відповідь на зачинення дверей без зв’язку з поведінкою оточення, можна припустити соматичний флешбек. Якщо ж фізична реакція наростає у відповідь на мовчання партнера або його незадоволений вираз обличчя, то можна говорити про межову дисрегуляцію. Таке розмежування дозволяє обрати правильний інструмент: сенсорне заземлення за КПТСР або когнітивну перевірку фактів у випадку МРО.
- ✓ **Визначення порога дисоціації.** З метою ідентифікації типу “вимкнення” пропонується оцінити рівень збудження в момент дисоціації. За Мартіном

Бохусом, межова дисоціація настає на піку афекту (рівень стресу сягає 70–100%) як наслідок нездатності префронтальної кори модулювати гнів або біль. Вона часто супроводжується імпульсивним бажанням самопошкодження для “повернення в тіло”. Травматичне заціпеніння за ПТСР може виникати за умов низького або середнього рівня стресу як автоматичний біологічний перехід у режим “завмирання”. Якщо стан “туману” настає раптово після конфлікту, то можна припустити межове розщеплення. Якщо ж він відчувається як хронічна емоційна анестезія та відстороненість від світу, то, можливо, йдеться про посттравматичний захисний механізм. Розуміння порогу ввімкнення дисоціації допомагає клієнту вчасно застосувати техніки переривання стресу.

- ✓ **Соматичні реакції за коморбідних станів.** У ситуаціях, коли ПТСР на шаровується на МРО, необхідно виконати вправу на розділення “рівнів” реакції. Клієнту пропонується скласти список ситуацій, що викликають фізичну паніку. Під час аналізу кожного випадку потрібно виділити два компоненти: “Що відчуває моє тіло?” (холод, стискання, завмирання) та “Про що кричить моя особистість?” (страх самотності, гнів на несправедливість). Якщо тілесний компонент домінує і позбавлений слів, це сфера роботи з травмою. Якщо тілесна реакція швидко переходить у міжособистісні вимоги або звинувачення, це сфера роботи з межовим патерном. Метод дозволяє відновити зв’язок між корою мозку та лімбічною системою, навчаючи клієнта не просто реагувати, а розпізнавати джерело свого стану, що є ключем до автономії.