

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ

С.А. ПОПОВ

**ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Учебно-методическое пособие

Минск БелМАПО
2013

УДК 616.89-02-07(075.9)

ББК 56.6я73

П56

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
УМС Белорусской медицинской академии последипломного образования
протокол №6 от 17.09 2013 г.

Автор:

ассистент кафедры психиатрии и наркологии БелМАПО С.А. Попов

Рецензенты:

кафедра общей и клинической психологии

заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии д.м.н.

профессор О.А. Скугаревский

С.А.Попов

П 56

Психодинамическая диагностика в психиатрической практике:
учеб.-метод. пособие /С.А. Попов. Минск.: БелМАПО, 2013. – 56 с.

ISBN978-985-499-679-0

Учебно-методическое пособие посвящено психоаналитической диагностике пациентов в психиатрической и психотерапевтической клинической практике, с помощью системы операционализированной психодинамической диагностики. Представлены процедуры исследования и оценки опыта переживания болезни пациентом, его дисфункциональных паттернов отношений и переносных-контрпереносных отношений, внутренних конфликтов и структурной психической организации.

Предназначено для врачей психиатров-наркологов, врачей-психотерапевтов.

УДК 616.89-02-07(075.9)

ББК 56.6я73

ISBN 978-985-499-679-0

© Попов С.А., 2013

© Оформление. Бел МАПО, 2013

Введение

Психодинамическая оценка пациента не является чем-то совершенно отдельным от привычной психиатрической оценки, основанной на анализе анамнеза, симптомов и синдромов. В психодинамической диагностике этим моментам также отводится значительное внимание, но одновременно возникает необходимость выйти за рамки чисто описательного подхода. Тогда, большую значимость приобретает анализ текущего взаимодействия врач-пациент, а также взаимодействия с другими людьми (особенно значимыми другими). Кроме этого, для понимания и формулирования процессов используются довольно сложные метапсихологические психоаналитические концепты, трактовка которых может несколько отличаться, в зависимости от принадлежности специалиста к той или иной психоаналитической школе, и которые неподготовленному специалисту может быть трудно адекватно проинтерпретировать.

В 1992 году в Германии была создана рабочая группа «Операционализированной психодинамической диагностики» (далее – ОПД) по инициативе Манфреда Цирпки и Вольфганга Шнайдера, состоящая из психоаналитиков, психосоматически ориентированных терапевтов и психиатров, чтобы создать клинически релевантный, психодинамически ориентированный диагностический инструментарий. Были созданы ОПД-1, а затем ОПД-2, которые явились расширением симптом-ориентированной международной классификации болезней 10-го пересмотра (далее - МКБ-10) за счет добавления психодинамических измерений. Было предложено использовать многоосевой принцип, где детерминанты каждой из осей соответствуют частным психоаналитическим концепциям (бессознательное, структура личности, интрапсихический конфликт, перенос-контрперенос), так как многоосевой подход предоставляет возможность лучше отразить сложный набор условий, который мы находим в большинстве психических феноменов и расстройств. Выделено 4 оси психодинамических измерений:

Ось 1 «Опыт к болезни и предпосылки к лечению»,

Ось 2 «Межличностные отношения»,

Ось 3 «Конфликты»,

Ось 4 «Структура».

При рассмотрении осей становится очевидным, что в некоторых областях они пересекаются содержательно и тесно взаимодействуют друг с другом: психическая структура формирует фон, на котором разыгрываются конфликты с их хорошо или слабо адаптивными паттернами разрешения. Паттерны отношений более доступны наблюдению, чем психическая структура или внутренний конфликт. Привычные дисфункциональные паттерны отношений могут быть поняты как выражение внутренних конфликтов или структурных характеристик.

В итоге, такая расширенная оценка пациента (в дополнение к диагностике по МКБ-10) позволяет сформулировать психодинамический диагноз. Диагноз в данном случае позволяет не только описать проблемные характеристики пациента и психоаналитическое понимание психического расстройства, но также принять ряд решений касательно терапии пациента. Это относится к определению показаний к психотерапии, фокуса психотерапевтического вмешательства, особенностей психотерапевтической техники.

Ось 1 «Опыт заболевания и предпосылки к лечению»

Ось 1 описывает фактический опыт переживания болезни и аспекты совладания с ней. Исследование пациента согласно оси 1 позволяет определить, какое лечение показано на основе тяжести его заболевания или его проблемы (психотерапевтическое, биологическое или социальная поддержка), через оценку того, как он переживает свою болезнь, его концепций относительно болезни, и его ожиданий относительно лечения. Если конкретному пациенту психотерапия показана, то возможно выявить факторы, которые будут способствовать данному виду лечения, а так же факторы делающие проведение психотерапии невозможным.

Таким образом, Ось 1 призвана выявить и оценить:

- степень и качество субъективного страдания пациента (достаточная степень страдания является сильным мотивирующим фактором, чтобы искать и принимать помощь, а качество субъективного страдания позволяет судить о том, каких качественных изменений пациент ищет и ожидает от лечения);
- имеющуюся у пациента концепцию заболевания и изменений (с ними напрямую связаны ожидания пациентов от терапии (или так называемая «терапевтическая фантазия» [1] – субъективные и не всегда адекватные представления пациента о том, что и как ему должно помогать);
- личные ресурсы (те характеристики личности, которые помогают пациенту конструктивно и адаптивно справиться с его болезнью, симптомами, проблемами и их последствиями);
- психологическую расположенность (способность пациента к психологическим инсайтам, интроспекции, саморефлексии и самопониманию, а также стремление пациента к исследованию возможных значений или причин его внутреннего и внешнего опыта, что в немалой степени может предопределять успешность психотерапии);
- психосоциальную поддержку (интеграция пациента в социум, наличие значимых близких и возможность воспользоваться социальной интегрированностью в моменты максимального дистресса);
- вторичную выгоду от болезни (субъективное и часто неосознанное значение, которое имеют последствия болезни в текущей ситуации для индивида и/или его ближайшего окружения);
- мотивацию к изменениям (основывается на опыте болезни и ожиданиях перемен).

Модуль оси 1 состоит из 19 пунктов.

1.1 Тяжесть симптомов - оценивается текущая тяжесть расстройства или проблемы, временное окно – 1 неделя до интервью.

Уровень симптомов в баллах	Описание
0 – отсутствует до минимального	Физические и психические симптомы присутствуют только в минимальной степени
2 - средний	Пациент показывает соответствующие симптомы и нарушения в психической или физической сферах, либо обеих
4 – очень высокий	Пациент демонстрирует значительные физические и психические симптомы

1.2. Общая оценка функционирования – используется шкала общей оценки функционирования ООФ (GAF) корреспондирует с осью V DSM-IV [2,3], оценивает общий уровень психического, социального и профессионального функционирования. Выбирается максимальное значение за последние 7 дней.

100-91 Высшая степень функционирования в широком диапазоне активностей; жизненные проблемы никогда не выглядят как вышедшие из-под контроля; другие обращают на пациента внимание из-за его качеств, а не из-за симптомов;

90-81 Симптомы минимальны или отсутствуют (например, незначительная тревога перед экзаменами); хорошее функционирование во всех областях; интересуется и вовлечен в широкий круг активностей, социально эффективен, в целом удовлетворен своей жизнью, не более чем повседневные проблемы и заботы (такие например, как периодические споры с другим членом семьи);

80-71 Если симптомы присутствуют, это проходящие ожидаемые реакции на психосоциальные стрессы (такие как затрудненная концентрация после семейных ссор), не более, чем легкие затруднения в социальном, профессиональном или учебном функционировании (например, временное отставание в школе);

70-61 Некоторые мягкие симптомы (такие как депрессивное настроение или незначительная бессонница) или небольшие трудности в социальном, профессиональном или учебном функционировании (такие как периодические прогулы или бытовые кражи), но в целом функционирует хорошо, имеет несколько значимых межличностных отношений;

60-51 Умеренные симптомы (например, уплощение аффекта, обстоятельная речь, эпизодические панические атаки) или любая умеренная трудность в социальном, профессиональном или учебном функционировании (мало друзей, конфликты с коллегами одноклассниками или партнерами в отношениях);

50-41 Серьезные симптомы (суицидальные идеи, значительные навязчивые ритуалы, частый шоппинг) или любое серьезное затруднение в социальном, профессиональном или учебном функционировании (отсутствие друзей, невозможность сохранять работу);

40-31 Некоторые затруднения в тестировании реальности или коммуникации (временами нелогичная, туманная или несвязанная речь) или значительные затруднения в нескольких областях, таких как работа, учеба, семейные отношения, суждения, мышление или настроение (депрессивный человек избегает друзей, отвергает семью и не способен работать; ребенок часто бьет младших, вызывающе ведет себя дома и плохо учится);

30-21 Поведение серьезно изменено бредом, галлюцинациями или серьезными затруднениями в общении и суждениях (иногда неадекватен, действует весьма несуразно, сильная суицидальная озабоченность) или неспособность функционировать почти во всех областях (весь день лежит в постели, дом, работа и друзья отсутствуют);

20-11 Существует опасность нанесения повреждений себе или окружающим (суицидальные попытки без ясного ожидания смерти; часто агрессивен и жесток; маниакальное возбуждение) или временами не может соблюдать минимальную личную гигиену (перепачкан фекалиями) или сильное затруднение в общении (сильно неадекватен или молчалив);

10-1 Стойкая угроза нанесения сильного вреда себе или окружающим (повторяющееся насилие), постоянная неспособность поддерживать личную гигиену или серьезные суицидальные действия с ясным ожиданием смерти;

0 Неадекватная информация.

1.3. Инструмент самоотчета EQ-5D – это опросник о здоровье, который обеспечивает измерение оценки качества жизни [4]. Следует отметить в пяти измерениях, какие высказывания наилучшим образом описывают состояние здоровья пациента. Описание должно исходить из текущего во время интервью состояния здоровья.

1. Гибкость/мобильность	
У пациента нет проблем с передвижением	[] 1
У пациента есть некоторые/умеренные проблемы с передвижением	[] 2
Пациент привязан к постели	[] 3
2. Самообслуживание	
У пациента нет проблем с самообслуживанием	[] 1
У пациента есть некоторые/умеренные проблемы с самообслуживанием	[] 2
Пациент не способен умываться или одеваться	[] 3
3. Обычная активность (работа, обучение, домашние обязанности, семейная активность, отдых)	
У пациента нет проблем с выполнением его обычной повседневной активности	[] 1
У пациента есть некоторые/умеренные трудности с выполнением его обычной повседневной активности	[] 2
Пациент не способен выполнять свою обычную активность	[] 3

4. Боль/дискомфорт	
У пациента нет боли или дискомфорта	[] 1
У пациента есть умеренная боль или дискомфорт	[] 2
У пациента есть сильнейшая боль или дискомфорт	[] 3
5. Тревога/депрессия	
Пациент не тревожен или не депрессивен	[] 1
Пациент умеренно тревожен или депрессивен	[] 2
Пациент крайне тревожен или депрессивен	[] 3

Максимальное количество баллов – 15, свидетельствует о высоком качестве жизни, минимальное количество баллов – 5, свидетельствует о крайне низком качестве жизни.

2.1. Продолжительность заболевания – рассматривается длительность только основных жалоб или проблем, предъявляемых пациентом.

2.2. Возраст при первых признаках болезни – возраст, в котором текущие проблемы или заболевание проявилось впервые.

3.1. Субъективное страдание - является результатом не только тяжести симптомов, вида расстройства, его воздействий или примененных лечебных процедур, но и особенностей отношения пациента и общества в целом к болезни (стигматизация). Чтобы быть оцененным, субъективное страдание должно быть вербализовано пациентом, либо быть очевидным для врача из поведения пациента. Период оценки – месяц до интервью. Рассматриваются как физические, так и психические аспекты. Важно отметить то, как пациент говорит о своем субъективном страдании, как это отражается в его мимике, жестах и невербальном поведении, так как эмоции могут быть тривиализированны или преувеличенны. Если вербальная и невербальная презентации отличаются, применяется оценка в соответствии с ведущим впечатлением или преобладающим настроением.

Уровень симптомов в баллах	Описание
0 – отсутствует до минимального	Пациент не показывает никакого страдания во время интервью, не выражает никаких заметных признаков. Тем не менее, это можно наблюдать у пациентов, которые из-за внутренних требований и установок строго подавляют любые проявления эмоционального вовлечения. Пациент когнитивно не вовлекается в стресс или проблему.
2 - средний	Пациент явно страдал от заболевания и связанных с ним нарушений или сейчас все еще страдает от них.
4 – очень высокий	Субъективное страдание значительно в результате вмешательства внутренних и внешних ситуативных стрессов (например, тревоги, сильного утяжеления симптомов, экстремально стрессовых лечебных процедур, полного прекращения социальной поддержки). Возможно также несовпадение причины страдания и его выражения. Так

	пациент использует все средства, доступные для выражения содержания и аффекта, в своей попытке поиска помощи от других, постоянно выражая свое страдание жестами или разыгрываемыми сценами (например, парасуицидальными действиями) и/или настоянием на немедленных лечебных действиях.
--	--

3.2. Презентация физических жалоб и проблем – фиксируется то, насколько пациент выражает физические аспекты страдания от своего расстройства в форме физических жалоб, описания симптомов, попыток объяснить их источник или воздействия, влияющие на его заболевание или его лечение. Учитывается только выраженность видимых физических жалоб, независимо от того, на какой основе заболевание (соматическое или психическое) было диагностировано.

Уровень симптомов в баллах	Описание
0 – отсутствует до минимального	Физические жалобы вообще не фигурируют в описании пациента или проявляются в минимальной степени.
2 - средний	Физические жалобы и/или предположительно физические причины жалоб пациента достаточно выражены вербально, жестами и в поведении, но они не преобладают или не занимают исключительно его внимание. Пациент может хорошо понимать эти физические моменты и найти в этом некоторое облегчение. Однако он не использует их как основные, создавая понимание, что для того чтобы справиться с расстройством, его внимания требуют и другие моменты кроме этих.
4 – очень высокий	Описание физических жалоб или проблем пациента и попытки объяснить физическое страдание словами, жестами, поведением доминирует во время интервью без напоминаний интервьюера.

3.3. Презентация психологических жалоб и проблем – выявляется в какой степени пациент в ходе интервью выражает психические аспекты своего страдания от заболевания и сколько внимания он уделяет им. Оценка производится по тому насколько пациент вербально описывает психические аспекты страдания, или сценически их проигрывает.

Уровень симптомов в баллах	Описание
0 – отсутствует до минимального	В описании пациента психические жалобы и проблемы не проявляются или очень ограничены. Пациент может использовать как само заболевание, физические механизмы защиты или успешную адаптацию, так и медикаментозные и/или лечебные мероприятия для того, чтобы совсем не оставить места для психических процессов или свести их к минимуму несмотря на существование психического расстройства.

2 - средний	Пациент явно уделяет внимание представлению психических жалоб и проблем и психическим причинам своего текущего состояния посредством слов, жестов, поведения. Это внимание, однако, не полностью занято такими жалобами. Пациент может хорошо осознавать физические моменты и находит некоторое облегчение в этой перспективе.
4 – очень высокий	Преобладает презентация психологических симптомов и жалоб. Обретение объяснения и понимания своих симптомов на психологической основе является частью их перспективы. Эта центральная тема в ходе интервью позволяет пациенту продемонстрировать интервьюеру, что поскольку его симптомы появились на психическом плане, они требуют соответствующего психотерапевтического лечения.

3.4. Презентация социальных проблем – определяется, насколько в процессе интервью пациент выражает социальные аспекты своего страдания, причиненного заболеванием, и сколько внимания он уделяет им. Пациент предпринимает попытки объяснить источники заболевания, содержащие социальную основу и взаимодействие.

Уровень симптомов в баллах	Описание
0 – отсутствует до минимального	В презентации пациента социальные аспекты не проявляются или очень ограничены. Пациент, несмотря на присутствие очень сильных социальных стрессов, не уделяет или уделяет минимальное внимание социальным аспектам своего страдания.
2 - средний	Социальные жалобы и проблемы пациента, а также объяснения причин заболевания в контексте социальных проблем проявляются вербально, в жестах и поведении пациента, но не преобладают и не захватывают полностью внимание пациента. Пациент может сам осознавать эти социальные моменты и находить некоторое облегчение в этой перспективе. Пациент не ограничивается этим и выстраивает понимание того, что для преодоления расстройства или проблемы его внимания также требуют и другие моменты, кроме социальных.
4 – очень высокий	Презентация пациентом его социальных жалоб, проблем и/или попыток объяснения на уровне социальных аспектов через слова, жесты, поведение доминируют в ходе интервью без значительных побуждений со стороны интервьюера.

4.1. Концепция болезни, ориентированная на соматические факторы – этот подпункт описывает сознательную, субъективную модель, которую использует пациент для объяснения себе и другим причин и проявлений своего заболевания. Определяется, насколько пациент рассматривает свое заболевание как вызванное физическими дефектами, физическим нездоровьем и биологическими факторами. В процессе интервью необходимо учитывать спонтанные мысли пациента о происхождении и

развитии жалоб, так же специально спрашивать у пациента его идеи источника и развития его заболевания. Не имеет значение, есть ли медицинский смысл в идеях пациента, важно понять идею о причинно-следственных взаимосвязях в представлениях пациента относительно своей болезни.

Уровень симптомов в баллах	Описание
0 – отсутствует до минимального	Пациент в объяснении своих жалоб и симптомов не делает никаких заключений, которые могли бы иметь отношение к физическим причинам его заболевания. При детальном расспросе он отказывается рассматривать физические причины своих жалоб.
2 - средний	Пациент учитывает физические причины своих симптомов, но не уверен в этом.
4 – очень высокий	Пациент убежден, что его симптомы и жалобы имеют физические причины. Он способен установить ясную связь между проявлениями вплоть до диагноза или внешних биофизических влияний.

4.2. Концепция заболевания, ориентированная на психологические факторы - этот подпункт описывает сознательную, субъективную модель, которую использует пациент для объяснения себе и другим причин и проявлений своего заболевания. Определяется, насколько пациент придает значение психологическим или межличностным аспектам в развитии симптомов и расстройства. В процессе интервью необходимо учитывать насколько пациент открыт к психологическим подходам для объяснения своего расстройства, а так же насколько развиты в этом отношении его идеи. Не имеет значение, содержат ли в себе идеи пациента объективное описание, важно понять идею пациента о причинно-следственных взаимосвязях в его представлениях относительно своей болезни.

Уровень симптомов в баллах	Описание
0 – отсутствует до минимального	Пациент не распознает ни психических/психологических или основанных на отношениях причин своих жалоб и симптомов, при расспросе он категорически отвергает эту возможность.
2 - средний	Пациент не уверен, имеют ли психические/психологические или основанные на отношениях факторы причинное влияние на источник его жалоб. Тем не менее, считает это возможным и принимает намек терапевта для серьезного рассмотрения.
4 – очень высокий	Пациент убежден, что психические/психологические или основанные на отношениях влияния являются главной причиной его жалоб. Интервьюер сталкивается с психически или ориентированной на отношения концепцией заболевания, которой, однако, можно гибко управлять, предоставляя корректирующие советы. В каждом случае пациент рассматривает себя как часть существующих конфликтов в отношениях, отражая в этом контексте собственное конфликтное участие.

4.3. Концепция заболевания, ориентированная на социальные факторы - этот подпункт описывает сознательную, субъективную модель, которую использует пациент для объяснения себе и другим причин и проявлений своего заболевания. Определяется, насколько пациент придает значение социальному окружению в развитии симптомов и расстройства. В процессе интервью необходимо получить представление о том, насколько пациент видит социальную систему, условия (безработицу, правовые условия, сокращения) и других («шумные» женщины, коллеги, начальник) как причины своих жалоб и проблем, и какое внимание он уделяет им.

Уровень симптомов в баллах	Описание
0 – отсутствует до минимального	Пациент не признает ни социальных, ни внешних факторов своего окружения как причины развития своих жалоб и симптомов. Он отказывается признавать соответствующие предположения.
2 - средний	Пациент не совсем уверен в том, что социальные факторы или влияния его окружения являются причиной или источником его жалоб. Тем не менее, он считает это возможным и принимает предположения врача, наряду с собственными или внешними причинами, которые более или менее дополняют друг друга.
4 – очень высокий	Пациент считает исключительно социальные факторы или факторы своего окружения причинами возникновения своих жалоб и симптомов. Он убежден, что актуальная причина его жалоб лежит вне его самого и возлагает ответственность на специфические внешние факторы. Намеки других на альтернативные возможности объяснения не изменяют в этом отношении его убежденности.

5.1. Предпочтительный вид лечения: биологическое – в этом подпункте определяется, насколько пациент предпочитает биологическое лечение для управления заболеванием или проблемой. Под биологическим лечением понимается такой тип вмешательства, который оказывает непосредственное влияние на тело, например, назначение лекарств, медицинских процедур или физиотерапии.

Уровень симптомов в баллах	Описание
0 – отсутствует до минимального	Пациент в интервью не высказывает желания биологического лечения. При этом пациент может, как выразить потребность в психотерапевтическом лечении или социальной поддержке, или вообще не иметь никакого представления, какое лечение ему может помочь.
2 - средний	Пациент желает биологического лечения наряду с другими формами терапии. Он считает одну форму лечения недостаточной для решения проблемы. Пациент может иметь некоторые сомнения относительно биологического лечения.

4 – очень высокий	У пациента присутствуют очень высокие ожидания от биологического лечения, вне зависимости от того, как это оценивает врач. Такие ожидания могут быть обнаружены у пациентов, которым показано исключительно биологическое лечение; у пациентов с сильным сопротивлением к психотерапии; Плохо подготовленных или плохо проинформированных пациентов, не знающих о других методах лечения.
-------------------	---

5.2. Предпочтительный вид лечения: психотерапевтическое - в этом подпункте определяется, насколько пациент предпочитает психотерапевтическое лечение для управления заболеванием или проблемой. Следует уделять внимание не только прямым сообщениям о подобном желании, но и о неясных проявлениях, которые могут намекать на желание пациента получить психотерапевтическую помощь. Важно учитывать уровень образования и структуру личности пациента, так как они могут влиять на способ выражения пациентом желания психотерапевтического лечения.

Уровень симптомов в баллах	Описание
0 – отсутствует до минимального	Пациент в интервью не выказывает желания психотерапевтического лечения. При этом пациент может выражать потребность в другом лечении (например, в биологическом), или вообще не иметь никакого представления, какое лечение ему может помочь.
2 - средний	Пациент желает психотерапевтического лечения наряду с другими формами терапии. Он считает одну форму лечения недостаточной для решения проблемы.
4 – очень высокий	У пациента присутствует заметное и постоянное желание получать психотерапевтическое лечение. Это может подчеркивать хорошую способность к интроспекции и хорошее понимание психологических факторов, но так же может быть результатом страха пациента или сопротивлением медикаментозному или инвазивному лечению.

5.3. Предпочтительный вид лечения: социальное – подпункт определяет, насколько пациент желает помощи в социальной сфере. Это могут быть желания, чтобы к пациенту приставили социального работника, или получения консультирования по поводу поиска работы, оформления пенсии, возможностей реабилитации, или получения советов по воспитанию детей. Обращается внимание на конкретные высказывания пациента и его ответы на вопросы врача.

Уровень симптомов в баллах	Описание
0 – отсутствует до минимального	Пациент в интервью не выражает желания ни консультирования, ни социальной заботы. Здесь либо нет объективных потребностей, или отказ является признаком сопротивления.
2 - средний	Пациент желает социальной заботы или консультирования лечения наряду с другими формами терапии.

4 – очень высокий	Пациент выражает только желание сильной социальной заботы/консультирования. Другие предлагаемые формы лечения не принимаются, даже если они показаны.
-------------------	---

6.1. Личные ресурсы – в этом разделе оценивается, насколько пациент в настоящее время владеет способностями и моделями поведения, полезными для его здоровья и помогающими ему справиться с расстройством. При диагностике внимание следует обращать на те активные виды копинга, которые конструктивно способствуют адаптации, проявляясь в повседневной жизни пациента, и на то, как пациент, несмотря на существующие ограничения, ведет активную жизнь. Это всесторонняя оценка копинг-ресурсов, к которым пациент имеет доступ – ежедневное управление заботами и стрессами в контексте расстройства. Оценка охватывает последние 6 месяцев.

Уровень симптомов в баллах	Описание
0 – отсутствует до минимального	Пациент субъективно или объективно не имеет или почти не имеет в своем распоряжении личностных ресурсов для конструктивного совладания со своим расстройством.
2 - средний	Пациент способен поддерживать активный образ жизни в некоторых сферах, несмотря на существующие проявления расстройства, и частично использует эти ресурсы для компенсации. Стремиться открыть для себя новые перспективы в жизни, которые не зависят от его заболевания.
4 – очень высокий	Пациент может воспользоваться широким набором различных личностных ресурсов для того, чтобы справиться со своим заболеванием. Способен поддерживать позитивное отношение к жизни, несмотря на тяжелый психический и физический стресс. У пациента есть привычки, поддерживающие здоровье. Он умеет извлекать пользу из дифференцированных эмоциональных способностей и компетентности в качественных социальных отношениях.

6.2. Психосоциальная поддержка – оценивается способность пациента в настоящее время мобилизовать и использовать объективно доступные ресурсы поддержки от своего социального окружения. Оценивается как формальные аспекты (существование социальной сети), так и субъективные (знание и использование доступных источников поддержки) аспекты поддержки, получаемой от отношений, семьи и социальных ресурсов. В процессе интервью важно прояснить: 1) был ли способен пациент ранее устанавливать связь с качественно поддерживающими партнерами по отношениям, и доступны ли они ему сейчас потенциально; 2) способен ли пациент в условиях настоящего расстройства понять, что он может действительно получить пользу от тех источников поддержки; 3) демонстрирует ли пациент своим поведением свою потребность в помощи. Поддержка может быть инструментальной и эмоциональной. Инструментальная поддержка означает, что другие делают повседневную работу для пациента. Эмоциональная поддержка включает близость с

другими, понимание, эмпатию, привязанность, благодарность, сочувствие, утешение, поддерживающие разговоры. Оценка охватывает последние 6 месяцев.

Уровень симптомов в баллах	Описание
0 – отсутствует до минимального	У пациента, нет (или трудно найти в его окружении) таких людей, от которых может получить инструментальную и/или эмоциональную поддержку. Пациент ясно подчеркивает, что он не считает необходимым или возможным открываться для потенциальной поддержки.
2 - средний	Существуют люди, от которых пациент может принять инструментальную и/или эмоциональную поддержку. Пациент позволяет себе воспользоваться их помощью и эпизодически контактирует с ними. Тем не менее, он не в состоянии использовать эти контакты как инструментальную и/или эмоциональную поддержку для преодоления своего расстройства или проблем.
4 – очень высокий	Из разговора с пациентом можно выделить несколько человек, от которых он может получить инструментальную и/или эмоциональную поддержку. Пациент способен активно извлекать пользу и использовать возможности поддержки не только в отношении инструментальных, но и эмоциональных аспектов для того, чтобы преодолеть расстройство или проблемы.

7.1. Внешние препятствия изменениям – включают в себя реальные жизненные препятствия использованию психосоматического обследования или психотерапии, и переводу существующей мотивации на изменения к действию. Такими внешними препятствиями могут быть: недоступность психотерапии по финансовым причинам, или в связи с отсутствием нужного специалиста, или необходимостью преодолевать большие расстояния, чтобы попасть на консультацию, или недостаточные возможности заботы о ребенке или о родственнике пациента, связанные с намерением пациента начать психотерапию в условиях стационара. Такими внешними препятствиями, снижающими мотивацию, могут быть страх стигматизации или нежелательных социальных последствий, например, реакцию коллег на работе. В процессе интервью необходимо оценить, насколько показанные диагностические или психотерапевтические инструменты доступны вообще, и повлечет ли начало терапии другие затраты.

Уровень симптомов в баллах	Описание
0 – отсутствует до минимального	Нет соответствующих внешних препятствий.
2 - средний	Отдельные внешние препятствия существуют, но могут быть преодолены.
4 – очень высокий	Существуют серьезные внешние препятствия.

7.2. Внутренние препятствия изменениям – данный подпункт включает такие «внутренние препятствия» пациента, которые можно отследить в его индивидуальном психическом развитии. Это могут быть психодинамически активные бессознательные конфликты, или определенные характеристики психической структуры (например, ограниченная способность к саморегуляции и толерантности к стрессу, проявления регрессивного развития), или отсутствие эмоциональных или когнитивных ресурсов, ограниченная способность к интроспекции и рефлексии.

Уровень симптомов в баллах	Описание
0 – отсутствует до минимального	Нет соответствующих внутренних препятствий.
2 - средний	Пациент либо демонстрирует большое число «внутренних препятствий», или весьма значительные отдельные препятствия.
4 – очень высокий	Присутствует целый ряд очень заметных внутренних препятствий.

Форма регистрации данных по Оси 1

		Признак нет/почти не представлен	Признак присутствует в малой степени	Признак присутствует в умеренной степени	Признак присутствует в высокой степени	Признак присутствует в очень высокой степени	Невозможно оценить присутствие признака
		0	1	2	3	4	9
Объективная оценка болезни/проблемы							
1. Тяжесть симптомов в настоящее время							
1.1.	Тяжесть симптомов						
1.2.	Общая оценка функционирования (ООФ) ->						
1.3.	Опросник самоотчета (EQ-5D) - Общий балл -> Шкала 1 (гибкость/мобильность) -> Шкала 2 (самообслуживание) -> Шкала 3 (обычная активность) -> Шкала 4 (боль/дискомфорт) -> Шкала 5 (тревога/депрессия) ->						
2. Продолжительность заболевания/проблемы							
2.1.	Продолжительность заболевания	<6 мес.	6-24 мес.	2-5 лет	5-10 лет	>10 лет	
2.2.	Возраст при первых проявлениях заболевания (в годах) ->						
Опыт пациента, презентация и концепция заболевания							
3. Опыт и описание заболевания							
3.1.	Субъективное страдание						
3.2.	Презентация физических жалоб и проблем						
3.3.	Презентация психологических жалоб и проблем						
3.4.	Презентация социальных проблем						
4. Концепция пациента относительно заболевания							
4.1.	Концепция заболевания, ориентированная на соматические факторы						
4.2.	Концепция заболевания, ориентированная на психологические факторы						
4.3.	Концепция заболевания, ориентированная на социальные факторы						
5. Концепция пациента относительно изменений							
5.1.	Предпочтительный вид лечения: физическое						
5.2.	Предпочтительный вид лечения: психотерапевтическое						
5.3.	Предпочтительный вид лечения: социальное						
Ресурсы и препятствия изменениям							
6. Ресурсы для изменений							
6.1.	Личностные ресурсы						
6.2.	Психосоциальная поддержка						
7. Препятствия изменениям							
7.1.	Внешние препятствия изменениям						
7.2.	Внутренние препятствия изменениям						

Интерпретация данных оси I.

Принимая в расчет, что основной задачей при оценке пациента согласно оси 1 является определение показаний к психотерапии (или другого более

подходящего для пациента вида терапевтического вмешательства) необходимо на основании имеющихся данных принять следующие решения:

1. Есть ли вообще у пациента расстройства, которые нуждаются в лечении, в особенности те, которые требуют психотерапевтического лечения?
2. Достаточно ли субъективное страдание пациента, мотивирующего его принимать позицию: «Я должен изменить что-то!»?
3. Включает ли рассказ пациента о его проблеме психосоциальные аспекты?
4. Берет ли пациент в расчет психосоциальные факторы в его концепции болезни?
5. Мотивирован ли пациент вообще включиться в психотерапию?
6. Достаточно ли у пациента внутренних ресурсов, чтобы конструктивно участвовать в психотерапии?
7. Есть ли у пациента внутренние и/или внешние препятствия, чтобы начать психотерапию и надежно и постоянно участвовать в ней или, возможно, отмечаются вторичные выгоды от болезни?

При оценке текущей тяжести болезни/проблемы (пункты 1.1., 1.2., 1.3.) и продолжительности расстройства показывают в первую очередь, требует ли вообще заболевание или проблема лечения, и насколько проявлены соответствующие нарушения телесных функций и адаптации. Более высокая степень тяжести болезни, большая степень функциональных нарушений, большее число проблем с адаптацией, более раннее начало расстройства будут указывать на наличие показаний к более глубокому психосоматическому диагностическому процессу и консультациям или психотерапии соответственно.

Пациент с высокой степенью субъективного страдания (пункт 3.1.) вероятно будет иметь большую мотивацию к изменениям.

Пункты 3-7 оси I позволяют сделать вывод, насколько хорошо пациент подготовлен для психотерапии (психотерапевтически ориентированный пациент), или же наоборот, насколько пациент настроен на соматическое лечение (соматически ориентированный пациент).

Конфигурация пунктов, которая будет характеризовать пациента как «психотерапевтически ориентированного» - в пунктах 3.1., 3.3., 3.4., 4.2., 4.3., 5.2., 6.1., 6.2. пациент показывает баллы от средних до очень высоких (2 – 4), а в пунктах 7.1., 7.2. – низкие баллы (0 – 1).

Конфигурация пунктов, которая будет характеризовать пациента как «соматически ориентированного» - в пунктах 3.2., 4.1., 5.1., 7.1., 7.2. пациент показывает баллы от средних до очень высоких (2 – 4), а в пунктах 6.1. – низкие баллы (0 – 1).

Пример конфигурации пунктов в случае «психотерапевтически ориентированного пациента».

	Признак не/почти не представлен	Признак присутствует в малой степени	Признак присутствует в умеренной степени	Признак присутствует в высокой степени	Признак присутствует в очень высокой степени	Невозможно оценить присутствие признака
	0	1	2	3	4	9
3. Опыт и описание заболевания						
3.1.	Субъективное страдание			x		
3.2.	Презентация физических жалоб и проблем	x				
3.3.	Презентация психологических жалоб и проблем				x	
3.4.	Презентация социальных проблем			x		
4. Концепция пациента относительно заболевания						
4.1.	Концепция заболевания, ориентированная на соматические факторы	x				
4.2.	Концепция заболевания, ориентированная на психологические факторы				x	
4.3.	Концепция заболевания, ориентированная на социальные факторы			x		
5. Концепция пациента относительно изменений						
5.1.	Предпочтительный вид лечения: физическое	x				
5.2.	Предпочтительный вид лечения: психотерапевтическое				x	
5.3.	Предпочтительный вид лечения: социальное		x			
Ресурсы и препятствия изменениям						
6. Ресурсы для изменений						
6.1.	Личностные ресурсы			x		
6.2.	Психосоциальная поддержка				x	
7. Препятствия изменениям						
7.1.	Внешние препятствия изменениям	x				
7.2.	Внутренние препятствия изменениям		x			

Если пациент демонстрирует ясную тенденцию к соматической ориентации, вопрос о показаниях к психотерапии должен решаться осторожно. В таких случаях пациентам, которым на основании существующего расстройства психотерапия показана, в первую очередь необходимо лечение имеющее целью усилить мотивация к психотерапии, или психообразовательная деятельность, направленная на улучшение инсайта при том или ином расстройстве.

Лидирующими пунктами для показаний к психотерапии считаются пункты: 5.2. «Предпочтительный вид лечения: психотерапевтическое», 6.1. «Личностные ресурсы» и 6.2. «Психосоциальная поддержка». Однако, оценка и интерпретация этих пунктов должна рассматриваться с учетом влияния внешних и внутренних препятствий к изменениям (пункты 7.1. и 7.2.). Так как обнаружение таких внешних препятствий (необходимость ездить из

другого города) или внутренних (значительная вторичная выгода от заболевания), могут привести к тому, что даже замотивированный на психотерапевтическое лечение пациент не примет соответствующую психотерапию.

Ось II «Межличностные отношения».

Диагностика дисфункциональных паттернов межличностных отношений является в высшей степени важным для психотерапии, так как нарушения в области межличностных отношений занимают важную часть жалоб, которые пациенты приносят как психотерапевтам, так и психиатрам. Пациенты формируют переносные отношения, когда в отношении с врачом бессознательно привносятся паттерны отношений с биографически значимыми фигурами. Таким образом, они становятся материалом и объектом терапевтической работы, или трудно преодолимым препятствием для формирования конструктивных терапевтических отношений.

Под дисфункциональными привычными паттернами отношений понимаются специфические конфигурации, которые достаточно болезненны для пациента и которые происходят из привычного для него поведения в отношениях и типичных способов реагирования, его социальных паттернов. Проявления таких дисфункциональных паттернов в контакте пациента с врачом являются процессом переноса. Перенос можно обозначить как повторение. Чувства и переживания, связанные с какими-либо значимым людьми в жизни человека, воспроизводятся в отношениях с врачом, в настоящем. Эти повторения переживаний позволяет врачу предполагать не только о том, какие проблемные взаимоотношения имели место в прошлом пациента со значимыми фигурами (например, родителями) и к каким внутриспсихическим конфликтам это привело. Но так же делать выводы о текущих взаимоотношениях пациента с другими людьми. Обозначая реакции пациента на врача как перенос, важно все же помнить, что взаимоотношения пациента и врача – это смесь переносных реакций пациента и реальных взаимоотношений.

Кроме того, врач может так же реагировать на совокупность невербальных проявлений и поведение пациента определенными эмоциональными реакциями, которые могут быть результатом актуализации внутренних конфликтов самого врача, или откликом врача на перенос пациента. Этот процесс называется контрпереносом. Он может помочь врачу понять бессознательный компонент взаимодействия пациента с врачом (и как следствие с другими людьми).

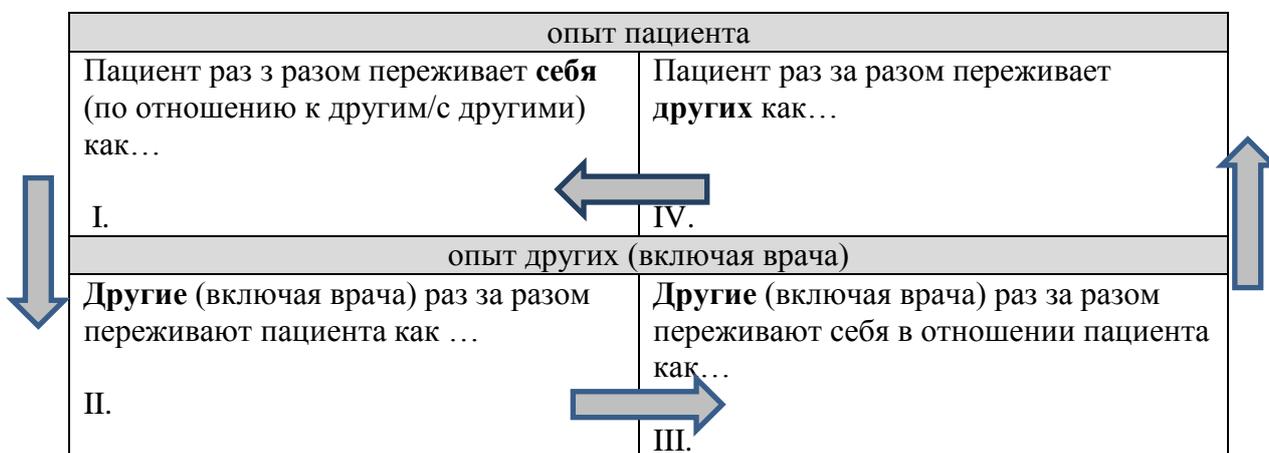
Для того, чтобы выявить дисфункциональные паттерны в отношении, врачу необходимо собирать информацию о прошлых и текущих отношениях пациента, а также на протяжении всего времени психодинамической оценки, обращать внимание на проявления переноса и контрпереноса. Так как при установлении пациентом терапевтического контакта, он бессознательно индуцирует свой центральный паттерн отношений, с помощью которого

наделяет врача определенной трансферентной (переносной) ролью. Это определяется ролью, приписываемой значимым другим.

Для того, чтобы в данном разделе диагностики, описать и в последующем проанализировать и определить конфигурацию, лежащую в основе дисфункциональных паттернов отношений, используются четыре аналитические единицы (или перспективы).

1. Как пациент воспринимает себя самого. Какой опыт пациент в отношениях с другими неоднократно, раз за разом, переживает внутри себя, и который в его рассказах об отношениях, носит более или менее постоянный характер.
2. Как пациент воспринимает других (в том числе врача – это есть перенос). Каким образом другие более или менее постоянно переживаются и описываются пациентом.
3. Как другие воспринимают пациента (в том числе как врач воспринимает пациента - контрперенос). Это включает не только то, что пациент способен сказать о себе сам (предполагая об отношении к нему других), но так же аспекты предлагаемых ему отношений другими людьми (что является для пациента бессознательным). Описываются поведенческие установки пациента, воспринимаемые другими.
4. Как другие воспринимают себя с пациентом (в том числе как врач воспринимает себя с пациентом). Это включает реакции, импульсы, чувства, которые пациент раз за разом рождает в других людях. Этот элемент соответствует процедуре психоаналитической диагностики контрпереноса [5].

Эти четыре позиции связаны друг с другом в формулировке динамики отношений, создается психологически понятная связь и согласие между фактами, что объясняет дисфункциональность и постоянство паттернов отношений. Создание такой связи в процессе диагностики должно руководствоваться схемой.



Пациенты описывают повторяющиеся варианты отношения к ним других, которые могут быть разочаровывающими, неприятными или враждебными (перспектива IV). На это они сами неизбежно реагируют своим собственными эмоциями, чувствами, импульсами (перспектива I). То, что пациент описывает как свои реакции на других, является одновременно предложением отношений, или другими словами это активные моменты поведения пациента в отношениях (пациенты, как правило, не учитывают, что это именно их активность в отношениях, искаженная переносом) – переход I -> II. Из-за того, что пациент не присваивает себе активность в отношениях, возникают характерные различия между самовосприятием пациента и восприятием других участников отношений (различия между I и II). Своим поведением пациент предлагает конкретные отношения, которые могут переживаться в контрпереносе как чувства, фантазии и импульсы к действию (перспектива III). Теперь врач может проверить: «что чувствовал бы пациент, если бы я поддался этим импульсам, которые он пробуждает во мне, предлагая отношения. Воспримет ли он мое поведение точно так же, как он воспринимает снова и снова поведение других, но в другое время». Этот вопрос относится к переходу III -> IV. Если эта последняя связь устанавливается, интерпретация динамики отношений заканчивается. Данные суммируются в окончательную формулировку, которая описывает обратную связь и объясняет, как пациент, своим предложением отношений, создает точно такие реакции, которых он опасается и стремится избежать. Решающим в диагностике является соответствие импульсов, переживаемых в контрпереносе, восприятию пациентом своих объектов. Оценка эмпирических перспектив производится на основе списка элементов, представленных в таблице (см. таблица 1). Колонки, выделенные светлым фоном, отражают опыт пациента, темным фоном – опыт других (врача). Элементы справ и слева идентичны по содержанию. С помощью этого списка врач может отмечать для каждой межличностной позиции те элементы, которые являются важными для описания дисфункциональных паттернов. Обычно достаточно максимум трех элементов для каждой позиции.

Таблица 1.

I. Пациент раз за разом переживает себя (по отношению к другим/с другими) как...		Темы отношений	IV. Пациент раз за разом переживает других как...			
II. Другие, включая врача, раз за разом переживают пациента как...			III. Другие, включая интервьюера, раз за разом переживают себя в отношениях с пациентом как...			
—	—	1) Предоставляет много места, позволяет им заниматься своими делами	Предоставление пространства	—	—	1) Предоставляют много места, позволяют ему заниматься своими делами
—	—	2) Немного направляет, избегает внимания	Направление других	—	—	2) Немного направляют, избегают внимания
—	—	3) Обожают, идеализируют	Признание других	—	—	3) Обожают, идеализируют
—	—	4) Примиряется, избегает упреков	Приписывание ответственности	—	—	4) Примиряются, избегают упреков
—	—	5) Насильно привязывается	Демонстрация привязанности	—	—	5) Насильно привязываются
—	—	6) Гармонизирует, избегает агрессии	Демонстрация агрессии	—	—	6) Гармонизируют, избегают агрессии
—	—	7) Очень заботится, беспокоится	Забота	—	—	7) Очень заботятся, беспокоятся
—	—	8) Бестактно навязывается	Установление контакта	—	—	8) Бестактно навязываются
—	—	9) Ограничивает пространство, вмешивается	Предоставление пространства	—	—	9) Ограничивают пространство, вмешиваются
—	—	10) Контролирует, претендует и требует	Направление других	—	—	10) Контролируют, претендуют и требуют
—	—	11) Унижает, обесценивает и смущает других	Признание других	—	—	11) Унижают, обесценивают и смущают других
—	—	12) Обвиняет и упрекает	Приписывание ответственности	—	—	12) Обвиняют и упрекают
—	—	13) Лишает своей привязанности	Демонстрация привязанности	—	—	13) Лишают своей привязанности
—	—	14) Атакуют и повреждают	Демонстрация агрессии	—	—	14) Атакуют и повреждают
—	—	15) Пренебрегает, покидает	Забота	—	—	15) Пренебрегают, покидают
—	—	16) Пропускает мимо внимания, игнорирует	Установление контакта	—	—	16) Пропускают мимо внимания, игнорируют
—	—	17) Требует места и независимости для себя	Требование своего места	—	—	17) Требуют места и независимости для себя
—	—	18) Бросает вызов и сопротивляется	Приспособление	—	—	18) Бросают вызов и сопротивляются
—	—	19) Хвастается, делает себя центром внимания	Самоутверждение	—	—	19) Хвастаются, делают себя центром внимания
—	—	20) Отрицает любую вину	Признание вины	—	—	20) Отрицают любую вину
—	—	21) Теряется, когда другие проявляют привязанность	Принятие привязанности	—	—	21) Теряются, когда он проявляет привязанность
—	—	22) Недостаточно защищается, позволяет опасное развитие событий	Самозащита	—	—	22) Недостаточно защищаются, позволяют опасное развитие событий
—	—	23) Очень полагается на других, цепляется	Надежда на других	—	—	23) Очень полагаются на него, цепляются
—	—	24) Имеет несколько привязанностей, слишком вовлечен	Позволение контакта	—	—	24) Имеют несколько привязанностей, слишком вовлечены
—	—	25) Избегает автономности	Требование своего места	—	—	25) Избегают автономности
—	—	26) Уступает, сдерживается, смиряется	Приспособление	—	—	26) Уступают, сдерживаются, смиряются
—	—	27) Унижает, обесценивает себя	Самоутверждение	—	—	27) Унижают, обесценивают себя
—	—	28) Обвиняет себя	Признание вины	—	—	28) Обвиняют себя
—	—	29) Сдерживается, бежит от собственной привязанности	Принятие привязанности	—	—	29) Сдерживаются, бегут от его привязанности
—	—	30) Защищается от их атак, насторожен	Самозащита	—	—	30) Защищаются от его атак, насторожены
—	—	31) Не полагается на других	Надежда на других	—	—	31) Не полагаются на других, надеются на себя
—	—	32) Изолирует, отстраняется, воздерживается	Позволение контакта	—	—	32) Изолируют, отстраняются, воздерживаются

Формулирование динамики отношений

Пожалуйста опишите
... как пациент раз за разом переживает, что другие:
↓
... как он реагирует на свой опыт:
↓
... какие отношения пациент неосознанно предлагает другим этой реакцией:
↓
... какую реакцию других он неосознанно им предлагает :
↓
... что пациент чувствует, если другие реагируют так, как он ожидал:

Пример формулировки динамического диагноза оси II.

Пациентка 35 лет, с тревожным расстройством, после перемены места жительства и замужества. Пациентка много жалуется на конфликтные отношения со своим мужем и сестрой, и невозможностью работать, поддерживать отношения с другими людьми. Из описания подробностей своих взаимоотношений с мужем, всегда старалась угодить ему и зависела не только от его эмоционального состояния, но и полностью от его материального и социального положения. Со слов пациентки муж постоянно на нее кричит, обвиняет ее во всех семейных проблемах и полностью игнорирует ее желания. Пациентка думает о разводе, но не может принять решения как она правильно должна поступить.

В непосредственном контакте пациентка выглядит крайне беспомощной и неудовлетворенной, но очень эмоциональной (плачет, кричит, громко говорит, жестикулирует), постоянно обращаясь с вопросами «я все понимаю, но что мне делать?», которые порой кажутся требованиями. При этом, что бы психотерапевт не отвечал и не говорил ей, пациентка все равно не успокаивается и остается неудовлетворенной. В контрпереносе возникают импульсы сначала ей помогать, все разъяснить, сменяющиеся желанием защититься от ее экспрессивности и требовательности и, в конечном счете, отграничиться от пациентки.

паттернов), которые будут влиять на создание и поддержание терапевтического альянса.

Ось III «Конфликты»

Общее значение конфликтов (от лат. столкновение) указывает на конкуренцию различных позиций внутри одного человека (внутренняя борьба мотивов, желаний, ценностей и идей) или между несколькими людьми. Это универсальный феномен.

Психодинамическими конфликтами называются внутренние бессознательные столкновения диаметрально противоположных мотивационных наборов. Действующие и устойчивые психодинамические конфликты характеризуются заранее заданными паттернами опыта человека (интернализация опыта взаимоотношений с родителями и родительских фигур друг с другом, их сознательного и бессознательного поведения). Внутренние конфликты в соответствующих ситуациях приводят к продолжающимся похожим паттернам поведения, без осознания их человеком, и неспособностью преодолеть их с помощью собственной свободы воли. Поэтому конфликты играют важную роль в возникновении и поддержании психических расстройств.

Все психические процессы бессознательны по своей природе, иначе говоря, человек не может проследить способ, которым оперирует мозг и каким образом функционирует память и язык. Информационная обработка происходит в символическом или субсимволическом виде, где только символические процессы могут быть оценены сознанием. Бессознательные конфликты (как одно из проявлений бессознательных процессов) могут быть выведены в область сознания и обозначены. Так как любое бессознательное содержание находит выражение во всех действиях человека и важных межличностных отношениях, так и конфликты могут быть обнаружены и обозначены наблюдателем через коммуникацию и непрямые индикаторы. Поэтому необходимо обращать внимание на повторяющиеся типы переживаний и поведения (могут быть прослежены в личной истории человека и течении его заболевания) и на активные способы преодолеть конфликт (адаптивные или дезадаптивные). Важно обращать внимание на ведущий аффект, который является следствием конфликта и связан с мотивационными системами (желаниями, нуждами и потребностями, имеющими биологические и психологические основы).

Клиническая оценка конфликта производится во временном окне двух месяцев до момента исследования, а также в перспективе «здесь и теперь», непосредственно при взаимодействии пациента с врачом. Прежде чем приступить к оценке конфликтных паттернов, необходимо установить возможность вообще оценить ось III. Важно ответить на следующие вопросы. Присутствие одного из признаков А - В, делает оценку оси невозможной. А уточнение пункта Г позволяет разъяснить, дальнейшая оценка оси III будет

касаться конфликта, связанного со стрессом, или бессознательного психодинамического (или невротического) конфликта.

Предварительная оценка

А. Конфликт невозможно оценить из-за недостатка диагностической достоверности НЕТ	ДА
Б. Из-за низкого уровня структурной интеграции различимые темы конфликтов определяют скорее контуры конфликтов, не дисфункциональные паттерны НЕТ	ДА
В. Конфликт невозможно оценить из-за нарушенного защиты восприятия конфликтов и аффектов НЕТ	ДА
Г. Конфликт вызванный стрессом НЕТ	ДА

А. Конфликт невозможно оценить из-за недостатка диагностической достоверности. Пациент отказывается сотрудничать.

Б. Из-за низкого уровня структурной интеграции различимые темы конфликтов определяют скорее контуры конфликтов, но не дисфункциональные паттерны. При низком уровне структурной интеграции (например, у пациента в остром психотическом состоянии) произвести релевантную оценку конфликта не представляется возможным. Так же у людей со сниженными структурными способностями к восприятию себя и объекта, или к саморегуляции, наблюдается сниженная способность к восприятию аффектов, как в себе, так и в других.

В. Конфликт невозможно оценить из-за нарушенного защиты восприятия конфликтов и аффектов. Психологические защитные механизмы могут ослаблять способность пациента распознавать конфликты и аффекты. Это касается людей, которые не замечают конфликтов в себе и в межличностных отношениях и которые имеют затруднения в восприятии чувств и потребностей в себе и в других людях. Здесь большое влияние может иметь стигматизация психическими симптомами или заболеванием. В этом случае мы имеем дело с преувеличенной защитной функцией с целью избежать и научиться справляться с интрапсихическим и межличностным напряжением. Из-за того, что аффекты отсутствуют или отрицаются, отсутствует и ведущий аффект. Защита (подавление, рационализация, изоляция, отрицание) преимущественно направлена на избегание ангедонических аффектов, а гедонические аффекты максимально инкорпорируются в защиту. Поэтому в ситуации исследования пациентом может быть предложен минимум конфликтного материала, из которого можно извлечь пользу. В своих

описаниях такие люди представляют свою жизнь и свои отношения с другими лишенными напряжения и конфликтов. Они представляют свою ситуацию, как если бы у них не было никаких проблем. Их собственный опыт и внешние жизненные обстоятельства часто описываются формулой «все нормально». Они либо вообще с трудом упоминают чувства и конфликты в отношении других людей («все отлично, я в порядке», «у нас все хорошо друг с другом»), или конфликты разрешаются техническим образом («я справлюсь, нет сомнений», «мы разберемся с этим осмысленно, как взрослые»).

Появляющиеся у них самих и у других людей более интенсивные чувства воспринимаются как назойливые и незначимые. На стрессовые жизненные обстоятельства или события они реагируют активно. Когда защитные способности человека не срабатывают, появляются преимущественно соматические симптомы. В то время, как исследователь способен воспринимать психические симптомы, пациент будет склонен убирать их на задний план. Иногда становится заметной определенная удовлетворенность и наслаждение пациента ролью «невозбудимого» человека. В контрпереносе легко появляются чувства отсутствия интереса и скуки. Из-за защищающегося рассказа пациента врач также может отреагировать раздражением. В отношении психотерапии такие пациенты часто оцениваются как немотивированные и трудные.

Г. Конфликт вызван стрессом. Значительный или очень тяжелый стресс может привести к противоречиям в системе мотиваций пациента, причина которых может быть объяснена присутствием конкурентных внутренних или внешних требований, которые объясняют психические и физические симптомы в терминах расстройства адаптации или реакций на стресс. Важно уточнить, является ли внутреннее или внешнее стрессовое событие причиной истинного конфликта (конфликт, вызванный стрессом), или такое событие является триггером, активирующим очевидный, биографически повторяющийся или длительно существующий паттерн и приводит к формированию симптома.

Для операционализации оси III «Конфликты», выделено 7 основных конфликтов.

1. Индивидуация – зависимость.
2. Подчинение-контроль.
3. Потребность в заботе – самодостаточность.
4. Конфликт самооценки.
5. Конфликт вины.
6. Эдипальный конфликт.
7. Конфликт идентичности.

Конфликт 1 «индивидуация-зависимость»

Привязанность и отношения являются экзистенциально важными для жизни любого человека. Они распределяются между противоположными полюсами, от близких и симбиотических отношений (зависимость), до хорошо сформированной независимости и заметной дистанции (сильная индивидуация).

Индивидуация и зависимость – базовые элементы человеческой жизни и опыта, и поэтому неотъемлемы от всех сфер жизни. Тема «индивидуация-зависимость» имеет дело с такими аспектами, как «быть самому по себе/быть способным быть вместе с другими». Патологический вариант конфликта заключается в том, что человек *должен* быть сам по себе или *должен* быть с другими, и эта необходимость является жизненно важной и жизнеопределяющей. Следует дифференцировать этот конфликт от конфликта «потребность в заботе - самодостаточность», здесь речь идет о конфликтном формировании основной темы заботы о себе и заботы о других в аспекте способности так поступать.

Конфликт 1 «индивидуация-зависимость»	
Пассивная форма	Активная форма
Общие критерии	
<p>Пациент типично стремится установить очень близкие и безопасные отношения (почти) любой ценой. Ответственность и независимость избегаются, желания человека подчинены реальным или выдуманым интересам значимых других, чтобы не подвергать опасности отношения. Конфликты и расходящиеся собственные потребности упрощаются и игнорируются. Самовосприятие характеризуется беспомощностью, слабостью и зависимостью от других.</p> <p>Ведущий аффект – экзистенциальный страх и угроза потери объекта (значимой фигуры) или сепарации и одиночества.</p> <p>Контрперенос – чувство беспокойства и ответственности, смешанное со страхом чрезмерно сильного желания близости.</p>	<p>Пациент пытается выстроить преувеличенную эмоциональную и экзистенциальную независимость от отношений. Все сферы жизни определены постоянной борьбой за автономность. Личные потребности положиться на других в близости и привязанности должны подавляться. В восприятии себя доминирует сильная автономность вместе с убеждением в ненужности кого-либо.</p> <p>Ведущий аффект – страх близости, слияния, страх быть подавленным.</p> <p>Контрперенос – низкое чувство ответственности за пациента, очень низкая потребность заботиться или защищать, но беспокойство насчет защиты от желания зависимости.</p>
Особенности переживания заболевания	
<p>Заболевания усиливают возможность зависимой жизни и делают близость безопасной. Они создают медицинские и объективные причины потребности зависимости. Эти пациенты характеризуются частыми визитами к врачам и остаются на лечении годами, они очень «верные» пациенты. В ходе лечения они почти не способны «встать на ноги» и стремятся продолжить лечение, любой</p>	<p>Заболевание переживается как угроза независимости. Симптомы и последствия часто игнорируются, лечение принимается только на последней стадии и как абсолютно необходимое. Они боятся, что лечение угрожает их независимости и, как следствие, часто открыто отрицают или саботируют прописанные программы лечения. Сотрудничество очень слабое. Такие</p>

ценой оставаясь больными. Они стараются сформировать очень близкие отношения со «своими» врачами.	пациенты делают попытки обернуть отношения врач-пациент в дистантные и конкретно фактические, взаимодействие часто конфликтное, сопровождается сменой врачей с целью избежать развития зависимости.
---	---

Конфликт 2 «подчинение - контроль».

Контроль себя и других является основой человеческих потребностей. В этом конфликте внимание акцентируется на людях, для которых центральным мотивом является доминирование над другими или подчинение другим. В этом отношении открытые или латентные агрессивные импульсы играют центральную роль. Этот мотивационный уровень следует отличать от компульсивных феноменов, в смысле попытки восстановления механизма структурной поддержки в случае низкого уровня структурной интеграции («Иначе все ускользает от меня»). Конфликт «подчинение и контроль» проявляется в виде дезадаптивных крайностей континуума «быть под руководством» или «руководить» соответственно. Поведенческим нормам и другим, личным и социальным правилам, придается большое значение.

Опыт власти и/или беспомощности может влиять на восприятие человеком своей самооценки особым образом, поэтому отдельное внимание нужно уделить дифференциации самооценки от конфликта. В пассивной форме следует различать, вытекает ли смущение или стыд из чувства подчинения, или другой человек посредством взаимодействия намерен прямо вызвать чувство унижения в сознательном и бессознательном восприятии пациента. В активной форме различие должно быть сделано в том, является ли мотив контроля и желание власти главным, или же скорее существует потребность поставить другого человека ниже, обесценить его, чтобы самому выглядеть «лучше».

Конфликт 2 «подчинение - контроль»	
Пассивная форма	Активная форма
Общие критерии	
<p>В целом форма пассивно-агрессивного подчинения доминирует.</p> <p>Ведущий аффект – бессильный гнев, жажда подчиниться, страх, стыд.</p> <p>Контрперенос – латентное агрессивное поведение и чувство досады во время подчиненного поведения. Переживание подчинения может ощущаться как ущербность и стыд, главным мотивом, тем не менее, остается борьба с динамикой «над – под».</p>	<p>Этот тип пациентов агрессивно жаждет доминирования, постоянно стремится достичь контроля над другими и над ситуацией.</p> <p>Ведущий аффект – вызывающая агрессивность, жажда власти, злоба и гнев, досада.</p> <p>Контрперенос – борьба за власть, сопровождающаяся страхом быть управляемым/ограниченным.</p>
Особенности переживания заболевания	
<p>Заболевания рассматриваются как судьба, чьи плоды следует «пожинать» или перед которой нужно «склониться». В</p>	<p>«Борьба с болезнью» происходит всеми доступными средствами, следуя девизу: «Я не сдамся!». За фундаментально</p>

<p>отношения врач-пациент преобладает послушание, тем не менее, оговоренные инструкции и сотрудничество могут пассивно саботироваться. При тяжелых заболеваниях может развиваться стиль преодоления, при котором человек справляется со значительными побочными эффектами, не консультируясь с врачом («Врач прописал мне лекарства, из-за которых я должен мучиться от побочных эффектов, и при этом не жалуясь»). Следующим шагом могут стать упреки в адрес отношений врач-пациент.</p>	<p>позитивным и активным способом преодоления заболевания скрывается заикленность пациента, которая приводит к ригидности и трудностям, в случаях ухудшения или неудачи. Мотивация к спору с врачами в области отношений врач-пациент лежит в оправдании «самоопределения», до тех пор, пока врач воспринимается как «правый» (сильный) и «контролирующий». Это может доходить и до уровня больницы или института. Копинг-стиль при серьезных заболеваниях состоит преимущественно из реакций бунта против угрозы потерять контроль («Это делает меня более зависимым!»).</p>
--	---

Конфликт 3 «потребность в заботе – самодостаточность».

«Потребность в заботе – самодостаточность» имеет отношение к одной из базовых человеческих потребностей получать и принимать внимание и заботу, и, напротив, к отсутствию потребности в какой-либо заботе. Желание заботы одна из основных тем человеческого существования. Конфликт «потребность в заботе – самодостаточность» предполагает, что человек в целом способен входить в отношения, т.е. создавать привязанность и отношения. Однако на то, как эти отношения формируются и переживаются, влияет специфика желаний заботы и безопасности или защиты против них соответственно. Данный конфликт следует дифференцировать от конфликта «индивидуация – зависимость», так как преимущественно касается зависимости *в* отношениях, а не *от* отношений. Сильное желание заботы и безопасности может восприниматься как «зависимость», но фундаментально отличается от экзистенциальной формы зависимости в рамках конфликта «индивидуация – зависимость», который достигает высшей точки в потребности слиться с объектом. Поскольку обе мотивационные системы существуют с самого начала развития и часто пересекаются множеством вариантов, дифференциация может быть весьма затруднительная. Формирование конфликта колеблется между «поглощающим» (до степени эксплуатации других) и удерживающим полюсом (полная самодостаточность). Соответствующий ведущий аффект – горе и депрессия со страхом за других, или страх потери других. Тема потери играет центральную роль как триггер, запускающий данный конфликт. Взаимодействие/контрперенос также очень быстро формируется темой «потребность в заботе – самодостаточность».

Конфликт 3 «потребность в заботе – самодостаточность»	
Пассивная форма	Активная форма
Общие критерии	
<p>Имеет отношение к людям, которые крепко эмоционально привязаны к близким фигурам, и которые выражают желание безопасности и заботы. На отвержение и оставление в одиночестве, вплоть до сепарации, человек реагирует депрессивным настроением и/или страхом. Эти люди ведут себя особенно зависимо, цепляются или требуют. Формирование отношений можно описать словами «зависеть и требовать».</p> <p>Альтернативно этому на передний план выходит «голод по контактам»: попытка заполнить депрессивную внутреннюю пустоту по возможности большим количеством контактов. Это увеличивает количество временных и краткосрочных (иногда паразитических) отношений (нужно дифференцировать от конфликта «автономность – зависимость» и от конфликта «самооценки», где такой тип отношений призван стабилизировать «Я»).</p> <p>Ведущий аффект – горе и депрессия, связанные со страхом потери других, или депрессивная внутренняя пустота. Также часто встречается ревность («они получают больше»).</p> <p>Контрперенос – врач чувствует контроль, попытку удержать, шантаж, чувство беспокойства и беспомощности.</p>	<p>Этот тип характеризуется самодостаточностью, минимумом требований, скромностью в формировании отношений. Это поведение может быть описано как «альтруистическое базовое отношение». От этого следует отличать компенсацию осознанного или бессознательного чувства вины и/или мазохистических самоуничижающих тенденций. Главное здесь – это нетребовательное, заботливое базовое отношение с (бессознательной) целью добиться заботы и безопасности, делая другому то, что очень хотелось бы, чтобы это делали другие в отношении субъекта.</p> <p>Ведущий аффект – беспокойство о другом человеке, и в тоже время, заметно присутствует латентное депрессивное чувство. Часто встречается чувство ревности («Я так много отдаю и ничего не получаю»).</p> <p>Контрперенос – врач способен воспринять такие чувства пациента, как печаль и сильное желание заботиться.</p>
Особенности переживания заболевания	
<p>Заболевания и травмы требуют «еще больше заботы». Существует пассивное отношение и ожидание верности врача. Другой обслуживающий персонал также воспринимает таких пациентов, как «штрафующих» за полученную заботу, что порождает тягостность и гнев. В большинстве случаев довольно трудно вдохновить их на активный путь реабилитации. Вторичная выгода от заболевания часто прямо направляется попытками вытребовать пенсию (пособие по инвалидности), благодаря которой права на социальную помощь на основе заболевания субъективно переживаются как полностью оправданные.</p>	<p>При заболевании такие пациенты показывают свою неспособность включиться в соответствующее регрессивное поведение (принимая роль рискованного человека) и часто отворачиваются от тех, кто предлагает помощь. Одновременно бессознательно они хотят получать заботу и часто выражают неудовлетворение полученной помощью. В больнице они демонстративно предлагают помощь другим пациентам (альтруизм), что, в тоже время, демонстрирует бессознательную критику предлагаемой помощи и услуг персонала больницы.</p>

Конфликт 4 «конфликт самооценки».

Конфликты самооценки являются общими для всех: каждый человек желает иметь удовлетворительное чувство собственного достоинства и признания. Конфликт самооценки присутствует, когда попытки признать собственное достоинство проявляются в настоящем или проявлялись в прошлом чрезмерно, неуспешно или неудовлетворительно. Конфликт здесь обращен к *собственной* оценке, а не к оценке объектом, как неадаптивный крайний полюс темы «быть способным задавать себе вопросы» и «придавать себе ценность». Касательно своей степени, важные конфликты самооценки у этих пациентов значительно превышают те нарциссические проблемы, которые являются частью других конфликтных уровней.

Конфликт 4 «конфликт самооценки»	
Пассивная форма	Активная форма
Общие критерии	
<p>Когда пассивная форма преобладает, пациент переживает критический провал в чувстве собственного достоинства («Теперь я ничто»). Часто возникающие симптомы делаются прямо ответственными за это. Нарциссические требования склонны редуцироваться, подчеркивается ненужность и неважность себя. Обвинение, тем не менее, открыто или не директивно приписывается другим, особенно врачам или публичным институтам.</p> <p>Ведущий аффект – ясно заметное чувство стыда.</p> <p>Контрперенос – реакция врача на идеализирующее восхищение.</p>	<p>В пациенте заметна сильная самоуверенность в отношении с другими, как попытка справиться со страхом или реальным кризисом самооценки. На первый взгляд, пациенты могут выглядеть самоуверенными, но скрываемое чувство небезопасности, тем не менее, вскоре становится заметным («псевдосамоуверенность»).</p> <p>Ведущий аффект – раздражение или гнев («нарциссическая ярость»), когда позитивно-нарциссический образ себя ставится под вопрос.</p> <p>Контрперенос – фигура врача часто подвергается сомнению, вплоть до унижения и оскорбления. Врач переживает чувство унижения и импульсы желания оправдаться через обесценивание пациента, вплоть до унижения, следующего за гневом.</p>
Особенности переживания заболевания	
<p>Заболевания часто подтверждают дефицитное самовосприятие («Это просто то, что надо!»). Нередко заболевания или травмы сознательно или бессознательно переживаются как эквиваленты несправедливости, случайное или осознанное намерение нанести ущерб через других, например через врачей. В болезненном поведении это может приводить к уходу или агрессивно требовательному желанию возмещения ущерба врачами или другими авторитетными людьми.</p>	<p>Даже незначительные заболевания угрожают чувству самооценки и могут приводить к выходу из строя. В любом случае они требуют сильных защитных и компенсаторных усилий. В крайних случаях может случиться декомпенсация в пассивную форму. Болезненное поведение часто характеризуется отрицанием и тривиализацией.</p>

Конфликт 5 «конфликт вины».

Чувство вины возникает, когда человек реально причиняет другому боль, или ущемляет чьи-то интересы и права. В контексте этого конфликта, чувство вины, как правило, возникает между эгоистическими и социальными мотивами и побуждениями. Причиненный ущерб не обязательно должен быть актуализированным в области межличностного поведения когда, он может быть также результатом нарушений в интернализированной системе ценностей и норм (конфликт, связанный с СуперЭго). Содержание и степень этих интернализированных норм, и как результат чувство вины, подвержены социальному влиянию и культурно обусловлены. Предпосылкой здесь является способность испытывать вину, когда возникает конфликт совести. Каждое посягательство и каждое нарушение социальных тенденций проявляется через чувство вины, вот почему такие нарушения могут быть мотивированы эгоцентризмом и эгоизмом, а также стремлением к независимости и самодостаточности. Пациент часто обвиняет других с помощью конфликта, проявляющегося как четкое противоречие между «поиском вины в себе или в других». Конфликтное напряжение такого рода становится ежедневным проявлением. Может быть затруднена дифференциация от конфликтов самооценности. В этом контексте может помочь ведущий аффект: в конфликтах вины преобладает чувство вины, в конфликтах самооценки более заметно чувство стыда. Для того чтобы быть способным переживать чувство вины, необходим определенный достаточно высокий уровень структурной интеграции. Совесть, и таким образом, опыт конфликтов вины, являются частью процесса развития индивида.

Конфликт 5 «конфликт вины»	
Пассивная форма	Активная форма
Общие критерии	
Пациенты преувеличенно переживают вину, как постоянный признак отношений. У них всегда наготове оправдание для других и они склонны постоянно обвинять себя. Они показывают покорное, чрезмерно адаптивное и самоотреченное отношение. Вина часто компенсируется определенным для себя или принятым наказанием. Благодарность или извинения могут парадоксально вызывать увеличенную самокритику или самообвинения. Ведущий аффект - чувство вины. Кроме того, могут возникнуть страх потери, наказания, печаль и депрессия. Контрперенос - возникают чувства жалости и стремление возражать самообвинениям пациента или переоценивать его. Возможны так же агрессивные импульсы.	Чувство вины отрицается или вытесняется и, как правило, передается другим (через механизм проекции и проективной идентификации). Существует бессознательно существующий «блок» переживанию и допущению собственного чувства вины. Однако это следует дифференцировать от отсутствия чувства вины, например, при антисоциальном личностном расстройстве, имеющем структурные причины. Ведущий аффект – гнев в отношении к другим и циничность (из-за вытеснения чувства вины). Контрперенос – импульсы конфронтировать с такими пациентами, морально их осуждать или реагировать чувством вины в отношениях с ними.

Особенности переживания заболевания	
<p>Заболевания переносятся с покорностью. В отношении к своим заболеваниям эти пациенты не замечают и тривиализируют акты противозаконных действий или ошибки врачей. Заболевание рассматривается как следствие собственных неправильных действий или как логически следующее наказание. Инвазивные медицинские процедуры переносятся с готовностью, и пациенты редко жалуются. Неудовлетворение выражается с большим трудом. В отношениях врач-пациент доминирует послушание и подчинение. Все правила строго выполняются. В больнице с этими людьми легко. Они извиняются за свое существование и за работу, которую возложили на персонал больницы.</p>	<p>Заболевания переносятся очень плохо. Часто другие делаются ответственными за их собственные заболевания. Врачи часто обвиняются в совершении ошибок и постановке неверного диагноза. Собственное плохое поведение (например, недостаток сотрудничества) или поведение, которое пагубно отражается на здоровье, тривиализируется или отрицается. В больнице такие люди привлекают внимание, т.к. с ними трудно справиться. Они требовательны к среднему медицинскому персоналу, заявляют свои права так, как будто это самое важное в мире, часто в ущерб другим пациентам. Их называют «трудными пациентами».</p>

Конфликт 6 «эдипальный».

Потребность привлекать внимание и признание, как для женщины, так и для мужчины, относится к фундаментальной мотивации, наряду с потребностью в получении чувственного наслаждения и сексуального возбуждения. Это включает не только генитально-сексуальный опыт, но также все стремления и желания демонстрироваться себя другим, быть оцененным другими и формировать нежно-эротический контакт с другими, способный принести физическое удовольствие. Эта потребность должна быть отграничена от мотиваций и потребностей, связанных с привязанностью, заботой и самооценкой. Эдипальный конфликт предполагает реальное или воображаемое присутствие трех персон, которые располагаются в поле напряжения связанного с поощрением, соперничеством и эротизмом. Конфликт характеризуется желанием быть признанным первичным лицом, дающим заботу, особенно в отношении личностных и физических атрибутов. Речь идет о признании именно как мужчины или женщины, а не признания чьей-либо «ценности» (самоценности). Идентификация и принятие условий специфической гендерной роли особенно формируется родительской парой, через идентификацию с полоспецифическими родительскими ролями и от принятия этих ролей соответственно.

Основная мотивация в структуре конфликта – стать особенно привлекательным и желанным для других людей, чтобы таким образом получить их внимание и признание больше других. Необходимость в контакте в форме эротического напряжения, чтобы быть уверенным в собственной женственности или мужественности.

Склонность к эдипальному конфликту описывает неадаптивный полюс реализации желаний быть кем-то, вместо того, чтобы оставаться на заднем

плане, быть способным соревноваться вместо способности отдавать, уметь наслаждаться физическими удовольствиями, вместо того, чтобы жертвовать ими. Проявляется в виде *несексуальных* расстройств.

Конфликт 6 «эдипальный»	
Пассивная форма	Активная форма
Общие критерии	
<p>Пациенты из-за своих физических качеств и характера не чувствуют себя признанными и сексуально привлекательными. Поэтому они держаться позади, чувствуют себя ниже, уступают, подавляют осознание и переживание своей сексуальности. Доминируют черты непривлекательности, вредности и детскости. Самоощущение определяется покорностью или отсутствием знаний о темах соревнования, признания и сексуальности. Интерес к этим темам, однако, присутствует, и находит свое выражение через кокетство, парапраксис (оговорки, ошибочные действия) и в контрпереносе. Пассивное избегание может приводить к полной непривлекательности и задавать тон отсутствия пола и асексуальности.</p> <p>Ведущий аффект – недостаток сексуального аффекта, стеснительность, стыд, страх.</p> <p>Контрперенос – подавление эротизма/сексуальности в аффекте, гендерная «нейтральность», скука.</p>	<p>Пациенты, которые своим внешним проявлением и неуместным эротизмом или провокационным поведением пытаются быть в центре внимания и переключают внимание на себя. Стремятся играть на публику, занимать центральное место «на сцене», блистать и соблазнять. Всегда требуют публики. Чувство сексуальной принадлежности и способность достижения удовлетворения могут быть в равной степени затруднены.</p> <p>Ведущий аффект – сильно переменчивые, драматические эмоции, эротизация/сексуализация, соперничество, бесстыдство, агрессия.</p> <p>Контрперенос – привлекательность сменяется гневным разочарованием.</p>
Особенности переживания заболевания	
<p>Жалобы и страдания предлагают бессознательную возможность обрести больше желаемого признания и внимания. В своих заболеваниях эти люди выглядят слабыми и псевдорегрессивными. Иногда стремятся получать терапевтические процедуры, принятие которых означает тихую замену признания и сексуального удовлетворения, которого они не получают.</p>	<p>Заболевания могут драматизироваться, очаровывая всех, кто вокруг, чтобы получить внимание и заботу. В то же время, ни один медицинский работник не способен удовлетворить эту потребность, поэтому производится постоянный поиск новых экспертов. Эротизация и соперничество в отношении врач-пациент.</p>

Конфликт 7 «конфликт идентичности».

Под «Я» понимается полнота внутренних образов себя. Успешное формирование идентичности с удовлетворительной продолжительностью и согласием приводит к чувству благополучия и безопасности. Конфликты возникают от столкновения противоречивых самопрезентаций.

Формирование идентичности – это пожизненный процесс. Он отражается в каждом этапе развития в субъективном ощущении идентичности и непрерывности. Идентичность всегда связана с отношениями с различными объектами, т.е. существует множество различных идентичностей, которые в бесконфликтном сценарии проявляются как гармоничная и продолжающаяся самоидентичность. Примерами являются половая идентичность, идентичность отца, религиозная идентичность, идентичность члена семьи, национальная и этническая идентичность и т.п. По мере социализации человека, в различных идентичностях появляются не только сознательные, но временами значительно более сильно переживаемые бессознательные самопредставления. Например, в сфере частичной идентификации: тело, пол, семейная идентичность, этническая, религиозная, социальная, политическая, эмоциональная и профессиональная. Таким образом, конфликты могут возникать, например, между идентичностью «отец ребенка» и «сын отца», между желанием «быть успешным как мужчина» и «женственностью», и т.п. Дополнительные конфликты включают в себя противоречия между различными идентичностями образа тела: женщина атлет и женское тело, искалеченное тело и телесная целостность, «вечный ребенок» и старение, а также постхирургические состояния (например, после мастэктомии). Конфликтный диссонанс различных проявлений «Я» следует дифференцировать от «диффузной идентичности» (или растворения идентичности). Тогда это уже является проблемой структуры, а не конфликта (ось IV).

Конфликт 7 «конфликт идентичности»	
Пассивная форма	Активная форма
Общие критерии	
<p>Пациенты переживают чувство хронического или повторяющегося недостатка идентичности («Кто я на самом деле?», «Чему я принадлежу?»). Преобладающие стратегии совладания: тривиализация, рационализация, отрицание диссонансов идентичности, вплоть до чувства полного отсутствия идентичности. (Важно отличать от людей, которые сознательно скрывают свою идентичность).</p> <p>Пациенты избегают жизненных ситуаций, в которых приходится сталкиваться перед лицом собственной незащищенной идентичности.</p>	<p>Общая тенденция – активное создание лоска поверх незащищенности собственной идентичности. Компенсация и избегание диссонансов, отражающих противоречия идентичности (заимствование идентичности, членство в группах).</p> <p>Ведущий аффект – беспокойство и страх, что построенная система идентичности может оказаться под угрозой.</p>
Особенности переживания заболевания	
Из-за пассивности пациентам затруднительно нахождение и принятие адекватной новой роли больного в	Тенденция активно принимать и формировать роль больного. Если до болезни человека был «ником», то теперь

случаях тяжелых заболеваний. Пациенты избегают конфронтации, большинство из них беспомощны и пассивно послушны.	он «больной». Все самовосприятие определяется фактом болезни. Другой полюс – отрицание роли больного, из-за ее несоответствия гиперкомпенсаторным идеям собственной идентичности.
---	---

Форма регистрации данных оси III «Конфликты»

Повторяющиеся дисфункциональные конфликты		Отсутствует	Незначительный	Значительный	Очень значительный	Невозможно оценить
		0	1	2	3	9
1. Индивидуация – зависимость						
2. Подчинение – контроль						
3. Потребность в заботе – самодостаточность						
4. Конфликт самооценки						
5. Конфликт вины						
6. Эдипальный конфликт						
7. Конфликт идентичности						
Основной конфликт _____ Сопровождающий конфликт _____						
Способ переработки основного конфликта	В основном активный	Смешанный, но активный	Смешанный, но пассивный	В основном пассивный	Нельзя оценить	

Ось IV «Структура»

Описательно термин структура обозначает упорядоченную организацию частей вместе в целое. В психологическом смысле, структура обозначает полную организацию и устройство психического расположения. Оно включает в себя все, что в опыте и поведении человека протекает регулярно повторяющимся течением (сознательно или бессознательно). Структура формирует основу действующего, личного стиля, в котором человек снова и снова восстанавливает интрапсихический и межличностный контекст. Структура не является ригидной и неизменной, а показывает процесс развития через всю жизнь. Однако скорость изменений этих процессов настолько низкая, что преобладает впечатление постоянства. В перспективе развития психические структуры являются динамическими. Они основаны на генетически детерминированных характеристиках личности (конституциональная предрасположенность), и будучи сформированы в детстве (к 3-м годам), только тогда являются субъектом более или менее важных перемен [6].

В психоаналитическом контексте, понимание структуры складывается из нескольких теорий – структурная модель психики З. Фрейда - Эго-психология, Self – психология, теория объектных отношений.

С позиций теории объектных отношений, взаимодействие младенца с первичными объектами (родителями, например в диаде «ребенок – мать») играет важнейшую роль для формирования психических структур. В процессе развития и взросления, ребенок формирует так называемые внутренние репрезентации этих объектов (первичных, значимых людей) и отношений с ними. Вместе с этим, на основании реального опыта, формируются прототипы переживания или опыта. Они могут быть позитивными – позитивное переживание быть любимым матерью, позитивное переживание внешнего объекта (отзывчивой и заботливой матери), позитивное переживание, связанное с удовольствием и насыщением. Но могут быть и негативными – негативное переживание себя (при голоде или сепарации – чувство фрустрации, сильного дистресса, ужаса), негативное переживание объекта (недоступная или преследующая гиперконтролирующая мать), негативное аффективное переживание, например, голода, гнева. Постепенно к 16 месяцам, у младенца начинает формироваться граница между психической реальностью ребенка и внешней реальностью. Тогда те прототипы опыта окончательно интроецируются в психику ребенка, и становятся его внутренней реальностью, которая не всегда коррелирует с внешней реальностью. Все эти интроецированные объектные отношения (или репрезентации объектных отношений) формируют структуру психики, которая обеспечивает особенное и индивидуальное восприятие себя, внешней действительности, внешних объектов и предопределяет способы совладания со своими импульсами и аффектами и с другими людьми.

Конфликт, как повторяющийся паттерн, описывает основанные на содержании психодинамические аспекты событий, и таким образом, условия, которые могут вызвать развитие симптомов. Структура отвечает за уязвимость личности, предрасположение к тем или иным расстройствам и способность обрабатывать внутренние конфликты и внешние стрессовые события. Чем ниже уровень структурной интеграции, тем сложнее идентифицировать стабильные конфликтные паттерны.

При оценке структуры пациента, клинический материал исследуется со следующих позиций:

1. Взаимодействие и опыт жизни, о которых рассказывает пациент;
2. Структурные способности, которые проявляет пациент в отношениях с врачом;
3. Контрперенос, переживаемый врачом;
4. Интроспективная оценка пациентом себя и своего поведения, полученная на основе вопросов и спонтанных высказываний.

Оцениваются структурные способности, которые очевидны в течение последних 1-2 лет.

Для клинической оценки структуры используются четыре основных измерения и четыре уровня структурной интеграции.

Таблица 2 : психодинамические признаки высокого уровня интеграции

Высокий уровень интеграции.	
1. Когнитивные способности:	
А. Восприятие себя	Б. Восприятие объекта
1.1. Саморефлексия У пациента есть способность направлять свое наблюдение на себя и на свой внутренний мир. Пациент в состоянии реалистично ощущать, какой он человек и что происходит у него внутри, и может найти слова, чтобы выразить это вербально	1.4. Дифференциация себя/объекта Высокая способность различать, принадлежат ли аффекты, импульсы и мысли к себе или к внешним объектам; пациент в состоянии ясно очертить себя и воспринимать других
1.2. Дифференциация аффекта Аффекты могут быть восприняты дифференцированно, несмотря на ограничения из-за конфликтов. Пациент управляет своим поведением. Испытывает в основном положительные аффекты, такие как радость, любопытство и гордость. Такие отрицательные аффекты как страх, презрение, гнев, отвращение, печаль, вина и стыд изменчивы и непостоянны	1.5. Восприятие целостного объекта Другие ощущаются как люди со своими собственными интересами, потребностями, правами и личной историей; их различные стороны могут быть объединены в живую картину
1.3. Идентичность Представление пациента о себе	1.6. Реалистичное восприятие объекта

кажется постоянным и последовательным в течение долгого времени, можно различить определенную психосексуальную идентичность	У пациента есть способность сформировать реалистическую картину другого человека
2. Способность к регуляции	
А. Саморегуляция	Б. Регуляция отношений с объектом
2.1. Контроль импульсов Агрессивные, сексуальные и оральные импульсы могут переживаться с учетом моральных и других ценностей, могут быть отложены и интегрированы или альтернативно удовлетворены (сублимация)	2.4. Защита отношений Пациент способен защищать отношения, работая над импульсами внутри себя (интрапсихическая защита)
2.2. Способность переносить аффект Могут переживаться и выражаться даже интенсивные, негативные или амбивалентные аффекты	2.5. Балансирование интересов Пациент способен придерживаться своих интересов в отношениях и должным образом признавать интересы других; во время конфликтов отношения могут быть окрашены более альтруистически или эгоистически
2.3. Регуляция самооценки Чувство самооценки может поддерживаться или восстанавливаться, если не ограничено конфликтом, даже если есть несоответствие между собственными и чужими желаниями	2.6. Ожидания Реакции других могут быть ожидаемы, могут быть использованы для направления и регулирования действий
3. Эмоциональная способность	
А. Внутренняя коммуникация	Б. Коммуникация с внешним миром
3.1. Переживание аффекта Пациент может допускать и переживать широкий спектр аффектов и, таким образом, чувствовать себя живым	3.4. Установление контакта Пациент способен устанавливать контакты и входить в живой обмен с другими
3.2. Использование фантазий Пациент способен расширять мир своего опыта с помощью фантазий и мечтаний, подготавливать творческие решения	3.5. Коммуникация (передача аффекта) Аффективная вовлеченность делает коммуникацию стимулирующей, интересной и плодотворной. Коммуникация может быть ограничена или нарушена из-за конфликтов.
3.3. Телесное Я Пациент способен реалистично описать свое тело в соответствии с возрастом, полом, здоровьем, привлекательностью; он чувствует	3.6. Эмпатия В зависимости от ситуации, возможно получить доступ к миру внутреннего опыта других, чтобы временно идентифицироваться с ним и

себя живым в своем теле	действовать на основе этого «эмпатического» понимания
4. Способность к привязанности	
А. Внутренние объекты	Б. Внешние объекты
4.1. Интернализация Способность создавать и поддерживать эмоциональный, стабильный внутренний образ значимых людей. Центральный страх – потерять любовь объекта.	4.4. Способность устанавливать связи Другие эмоционально важны; существует способность и желание привязываться к ним. Чтобы защитить существующие отношения, создаются правила взаимодействия; нет зависимости от объекта
4.2. Использование интернализированных объектов На основе интернализированных позитивных опытов отношений пациент способен заботиться о себе, успокаивать себя и принимать ответственность за себя	4.5. Принятие помощи Пациент способен, если необходимо, обращаться к другим как к хорошим объектам
4.3. Разнообразие привязанностей Внутренние образы значимых других разнообразны и богаты; пациент способен поддерживать триадные отношения	4.6. Усиление привязанности Пациент переносит расставания и проявляет адекватное чувство печали; он способен отказываться от аффективных инвестиций утраченных объектов

Контрперенос характеризуется осознанием врачом потребностей и чувств, которые оживают при соприкосновении с переживаниями пациента, связанными с персонажами его жизни.

Таблица 3: психодинамические признаки умеренного уровня интеграции.

Умеренный уровень интеграции.	
1. Когнитивные способности:	
А. Восприятие себя	Б. Восприятие объекта
1.1. Саморефлексия Пациент мало заинтересован в том, чтобы размышлять о себе. Саморефлексия направлена, прежде всего, на активное «Я» (что пациент сказал или сделал). Образ себя кажется грубым. Трудно найти соответствующие слова, чтобы описать себя	1.4. Дифференциация себя/объекта Отсутствие безопасного приписывания аффектов, импульсов и мыслей себе или другому; отделение от другого и дистанцированное восприятие другого затруднено
1.2. Дифференциация аффекта Аффекты воспринимаются лишь до определенной степени, или даже	1.5. Восприятие целостного объекта Другие не воспринимаются в своей сложности и противоречиях, но

<p>избегаются в трудных ситуациях, чтобы поддержать стабильность. Поэтому пациент управляет действиями, но ограниченно. В эмоциональном опыте преобладают отрицательные аффекты, такие как гнев, страх, разочарование, самоуничижение, депрессия</p>	<p>воспринимаются в соответствии со своими собственными пожеланиями, так что позитивные и отрицательные стороны преувеличиваются</p>
<p>1.3. Идентичность Дефекты или изменения в образе себя, зависящем от ситуации и настроения</p>	<p>1.6. Реалистичное восприятие объекта Пациенту затруднительно воспринимать других реалистично с их внутренними намерениями в контексте внешней ситуации</p>
<p>2. Способность к регуляции</p>	
<p>А. Саморегуляция</p>	<p>Б. Регуляция отношений с объектом</p>
<p>2.1. Контроль импульсов Импульсы, подавленные чрезмерным регулированием, все же временами прорываются. «Я» переживается как заблокированное или испытывающее сильное давление. Чрезмерно сильное СуперЭго или очень критично или выборочно усечено</p>	<p>2.4. Защита отношений Отношения отягощены тем, что пациент может перерабатывать неприятные импульсы только с большим усилием и не полностью</p>
<p>2.2. Способность переносить аффект Интенсивные и особо негативные аффекты плохо переносятся; они преимущественно преодолеваются с помощью чрезмерного регулирования</p>	<p>2.5. Балансирование интересов Собственные интересы или интересы других постоянно на первом плане; баланс интересов нарушен.</p>
<p>2.3. Регуляция самооценки Чувство самооценки может быть нарушено, например, при поражениях и разнице мнений по наиболее чувствительным вопросам: самовозвеличивание или самоуничижение, наказание или воздержание. Требуется утверждение через других</p>	<p>2.6. Ожидания Негативные реакции других в ответ на собственные действия ожидаются в преувеличенном виде.</p>
<p>3. Эмоциональная способность</p>	
<p>А. Внутренняя коммуникация</p>	<p>Б. Коммуникация с внешним миром</p>
<p>3.1. Переживание аффекта Переживание аффектов ограничено, их описание нормативно</p>	<p>3.4. Установление контакта Интерес в установлении контактов и вхождения в отношения оказывается ограниченным и обезличенным.</p>
<p>3.2. Использование фантазий Активное фантазирование явно ограничено</p>	<p>3.5. Коммуникация (передача аффекта) Ограниченная способность дифференциации аффекта или преимущественно негативные</p>

	<p>аффекты (разочарование, самоуничижение, состояния депрессивного аффекта, чувствительность к эмоциональным ранам) затрудняет для пациента коммуникацию. Коммуникация затруднена как сдержанным, требовательным, раздражительным, обвиняющим, эгоцентрическим поведением, так и чрезмерной чувствительностью к эмоциональному травмированию</p>
<p>3.3. Телесное Я Незащищенность, связанная с телесным образом себя; ограниченное переживание тела; Эгодистонное описание тела («я и мое тело»)</p>	<p>3.6. Эмпатия Под давлением собственных желаний и страхов, эмпатия к другим людям ограничена</p>
<p>4. Способность к привязанности</p>	
<p>А. Внутренние объекты</p>	<p>Б. Внешние объекты</p>
<p>4.1. Интернализация Способность создавать стабильный внутренний образ важных людей, и таким образом становиться более независимым от их внешнего присутствия, ограничена. Внутренний образ может утрачиваться через небольшое время после сепарации или в ситуациях конфликта. Центральный страх: потерять значимый, помогающий, регулирующий внешний объект (значимого другого)</p>	<p>4.4. Способность устанавливать связи Эмоциональное значение значимых людей может преувеличиваться, отчетливая зависимость от объекта (значимого другого)</p>
<p>4.2. Использование интернализированных объектов Пациент плохо способен хорошо заботиться о себе, потому что его внутренние объекты склонны скорее к напористости, критицизму, требовательности и отвержению</p>	<p>4.5. Принятие помощи В критических ситуациях необходимости и срочности пациент с трудом способен найти полезных других и принять их помощь; он может пытаться сам помогать другим вплоть до изнеможения</p>
<p>4.3. Разнообразие привязанностей Внутренние образы значимых других мало отличаются друг от друга; пациент ищет диадных отношений</p>	<p>4.6. Усиление привязанности Заглаживают прощания или цепляются к объектам, чтобы избежать пугающей потери</p>

Контрпереносные чувства временами сложно переносить, но они могут быть увязаны с переживаниями пациентом соответствующих отношений в жизни.

Таблица 4: психодинамические признаки низкого уровня интеграции.

Низкий уровень интеграции.	
1. Когнитивные способности:	
А. Восприятие себя	Б. Восприятие объекта
1.1. Саморефлексия Рефлексивное самовосприятие едва ли возможно. Даже в случае поддержки, пациент не может нарисовать адекватный образ себя и своей внутренней ситуации, существуют противоречия собственных черт. Терминология для описания внутренних процессов у пациента отсутствует	1.4. Дифференциация себя/объекта «Я» и объект противопоставлены и перепутаны друг с другом; объекту приписываются те аффекты, которые невыносимы для «Я» (проекция и проективная идентификация)
1.2. Дифференциация аффекта Аффекты не могут быть восприняты дифференцированно или описаны исчерпывающе. Они выражены возбуждением, отчуждением, эмоциональной пустотой, депрессией и маниакальным настроением. Аффекты не помогают в управлении поведением. В эмоциональном выражении преобладают хроническое презрение, отвращение, гнев	1.5. Восприятие целостного объекта Другие ощущаются экстремально, как особенно хорошие, или особенно плохие, «черные или белые». Противоречия не могут быть интегрированы
1.3. Идентичность В разное время и в разных ситуациях, различные аспекты личности выдвигаются на первый план. В сфере идентичности пациента – не создается впечатления постоянной психосоциальной и социальной ориентации	1.6. Реалистичное восприятие объекта Образ другого определен собственными потребностями и страхами пациента. Независимо от этого, отношения к другим могут быть интуитивными
2. Способность к регуляции	
А. Саморегуляция	Б. Регуляция отношений с объектом
2.1. Контроль импульсов Импульсы плохо интегрированы, не могут откладываться или поглощаются и блокируются дифференцированной системой ценностей, направляющей действия. Агрессивные тенденции ведут к саморазрушающим действиям и разрушительным действиям, направленным на других. Недостаток отношений может быть сексуализирован; извращенные решения	2.4. Защита отношений Раздражающие импульсы не могут быть переработаны интрапсихически и реализуются в отношениях, причиняя им значительный ущерб (межличностная защита, вместо внутриличностной)
2.2. Способность переносить аффект	2.5. Балансирование интересов

Негативные аффекты могут переполнять человека и становятся невыносимыми настолько, что являются причиной импульсивного поведения	Отношения характеризуются как представляющие угрозу собственным интересам; у пациента нет достаточного представления об интересах другого
2.3. Регуляция самооценки Чувство самоценности очень хрупкое, даже в ситуациях незначительного психологического давления или различий между собственными и чужими желаниями. Это проявляется в повышенной чувствительности к эмоциональному травмированию, в нереалистичных идеях величия, стыда и отвращения к себе, принижении, раздражительности, разрушении отношений и неспособности принять собственные привязанности к другим	2.6. Ожидания Негативные реакции других в ответ на действия пациента могут быть предсказаны и использованы для направления и урегулирования собственного поведения только с большим трудом
3. Эмоциональная способность	
А. Внутренняя коммуникация	Б. Коммуникация с внешним миром
3.1. Переживание аффекта Негативные аффекты, такие как паника, злость, отвращение, презрение и т.п. проявляются постоянно	3.4. Установление контакта Пациент избегает установления эмоциональных контактов, или вовлекается в контакты, связанные с насилием, манипуляциями, с отсутствием безопасной дистанции
3.2. Использование фантазий Негативные фантазии быстро приобретают угрожающее значение	3.5. Коммуникация (передача аффекта) Ограниченность способности к дифференциации аффекта, невовлеченность, неспособность к эмпатии, недостаток «теплых» аффектов, преобладание обесценивания делает коммуникацию очень трудной. Это вызывает в других людях ощущение растерянности, пустоты, желание дистанцироваться; чрезмерная вовлеченность и отвержение сменяют друг друга
3.3. Телесное Я Смутный и фрагментированный образ своего телесного «Я», тело воспринимается как несущее угрозу, ригидное	3.6. Эмпатия Внутренний мир других может быть понят с затруднениями; понимание других и эмпатия значительно ограничены
4. Способность к привязанности	
А. Внутренние объекты	Б. Внешние объекты
4.1. Интернализация Отношения с другими не создают	4.4. Способность устанавливать связи Эмоциональное значение и чувство

<p>позитивного внутреннего образа. Внутренние и внешние объекты воспринимаются угрожающими и преследующими. Центральный страх: быть разрушенным и уничтоженным объектом (персекуторная тревога)</p>	<p>близости существует только в момент реального и актуального присутствия объекта. Отношения изменчивы, краткосрочны</p>
<p>4.2. Использование интернализированных объектов Пациент не может обращаться к внутренним объектам и поэтому не способен успокаиваться, заботиться о себе и защищать себя</p>	<p>4.5. Принятие помощи Помощь и поддержка со стороны других отвергаются рефлексивно со страхом, недоверием и агрессией. Отсутствует внутренняя концепция, что кто-то может помочь кому-то</p>
<p>4.3. Разнообразие привязанностей Внутренние образы значимых других преимущественно негативны, мало отличаются друг от друга; отношения функционализированы</p>	<p>4.6. Усиление привязанности Внутренний опыт расставаний с принятием печали не существует. Реальные сепарации со значимыми другими могут вызывать депрессию или дезорганизацию.</p>

Контрперенос характеризуется интенсивностью чувств, неожиданностью переживаний и наличием реактивных чувств, которые могут продолжаться после окончания актуального присутствия пациента. Пациенты не повторяют биографически-релевантных конфликтов в своих отношениях, но благодаря проективной идентификации склонны вызывать переживания определенного опыта другими, которого сами не осознают.

Таблица 5: психодинамические признаки дезинтеграции.

Дезинтеграция.	
1. Когнитивные способности:	
А. Восприятие себя	Б. Восприятие объекта
<p>1.1. Саморефлексия Рассказ пациента кажется не связанным с реальностью, непонятным. Представление о себе производит впечатление не вполне подлинного, скорее заимствованного. Вербальные конструкции и формулировки противоречивы и странны.</p>	<p>1.4. Дифференциация себя/объекта Трудность различения аспектов «Я» и объекта; объект, отделенный от «Я» имеет качество симптома (т.е. становится физическим или психическим симптомом)</p>
<p>1.2. Дифференциация аффекта Отсутствует внутреннее дистанцирование от собственных чувств, нет самосозерцательного и критичного восприятия собственных аффектов. Малое присутствие контролирующей связи между действиями и эмоциональными</p>	<p>1.5. Восприятие целостного объекта Другие ощущаются как агрессивные, преследующие, несправедливые, угрожающие, боящиеся и борющиеся. Возможно восприятие только частичных объектов (отдельных частей фрагментированных объектов)</p>

переживаниями. Пациент представлен интенсивным, аморфным эмоциональным состоянием, которое практически невозможно облечь в слова и назвать	
1.3.Идентичность В значительной степени отсутствующая дифференцированная психосоциальная и сексуальная идентичность замещена искаженным или клишированным приписыванием особенностей («как если бы» личность), временами бредовыми аспектами идентичности.	1.6. Реалистичное восприятие объекта Внутренняя и внешняя действительность других недоступна для пациента
2. Способность к регуляции	
А. Саморегуляция	Б. Регуляция отношений с объектом
2.1.Контроль импульсов Деструктивная ненависть воспринимается как нормальная реакция на действия других. Агрессия проявляется в сексуальности и в поведении в отношениях. Откладывание и сублимация невозможны, поэтому пациент находится в состоянии потери контроля, преступного поведения, может злоупотреблять психоактивными веществами. Суждение в терминах простых альтернатив: хороший – плохой (расщепление)	2.4. Защита отношений В отношениях много деструктивности
2.2.Способность переносить аффект Интенсивные и особенно негативные аффекты не могут переноситься и вызывают крайнее возбуждение, так что ответ на них происходит в виде рефлекторного противодействия	2.5. Балансирование интересов Собственные интересы переоцениваются, ощущаются как экзистенциальные, часто не понятны другим
2.3.Регуляция самооценки Чувство самооценки не может регулироваться, значительные нарушения – грандиозность или крайне низкое хроническое чувство не ценности	2.6. Ожидания Неспособность принимать в расчет реакции других в ответ на собственные действия
3. Эмоциональная способность	
А. Внутренняя коммуникация	Б. Коммуникация с внешним миром
3.1.Переживание аффекта Отдельные аффекты могут выступать на первый план в	3.4.Установление контакта Установление эмоциональных контактов невозможно, или следует

отчужденной манере; альтернативной является аффективная индифферентность	клише, в то время как ситуация эмоционально пуста или напряжена
3.2. Использование фантазий Границы между описанием реальности и фантазиями размыты	3.5. Коммуникация (передача аффекта) Аффекты не могут контролироваться и символизироваться, когда ситуация становится эмоциональной, реализуются защита в виде агрессии или нарушений рамок взаимодействия. Коммуникация избегается направлением внимания в другую сторону, прерыванием или недоступностью
3.3. Телесное Я Телесные аспекты личности переживаются как чуждые, странные. Возможны идиосинкразические формы отказа в собственном теле. Телесное «Я» может подвергаться хирургическим изменениям (например, перемена пола)	3.6. Эмпатия Переживание эмпатии и понимание других в большинстве случаев невозможны
4. Способность к привязанности	
А. Внутренние объекты	Б. Внешние объекты
4.1. Интернализация Постоянного интеллектуального представления о других не существует, нет интернализированных позитивных опытов отношений. Внутренние объекты частичны, фрагментированы, агрессивно- деструктивны, ужасны. Центральный страх – символического слияния, исчезновения, разрушения (аннигиляционная тревога)	4.4. Способность устанавливать связи Крайне симбиотические отношения или тревожное поддержание собственной автономии и избегание привязанности
4.2. Использование интернализированных объектов Использование интернализированных объектов невозможно	4.5. Принятие помощи Отсутствует концепция помогающих других
4.3. Разнообразие привязанностей Все внутренние объекты похожи, частичны	4.6. Усиление привязанности Сепарации переносятся без видимых внешних реакций, однако могут вызвать сильные реакции с нарушением восприятия

Контрперенос характеризуется опытом, который крайне сложно понять, является угрожающе непонятным.

Форма регистрации данных оси IV «Структура»

	Высокий уровень интеграции	Умеренный уровень интеграции	Низкий уровень интеграции	Дезинтеграция	Нельзя оценить
1А Самовосприятие					
1Б Восприятие объекта					
2А Саморегуляция					
2Б Регуляция отношений с объектом					
3А Внутренняя коммуникация					
3Б коммуникация с внешним миром					
4А Отношения с внутренними объектами					
4Б Отношения с внешними объектами					
Структура в целом					

Защитные механизмы (механизмы психологической защиты).

Защитные механизмы являются одной из функций Эго, поэтому, исходя из того, какие из этих механизмов наблюдаются у пациента, можно судить о структурных характеристиках психики пациента. В психоаналитическом понимании защитные механизмы защищают Эго («Я») от инстинктуализированных и биологических требований Ид (согласно структурной модели психики в Эго-психологии). В более широком смысле, защитные механизмы помогают личности справляться с тревогами и аффектами, вызванными столкновением с внутренней и внешней реальностью. Каждый человек имеет индивидуальный профиль предпочитаемых и возможных защитных механизмов.

Механизмы защиты классифицируются по иерархическому принципу: примитивные защитные механизмы, невротические защитные механизмы высшего порядка, зрелые защитные механизмы.

Примитивные защиты

Расщепление. Восприятие и переживание себя и других разделяется без возможности быть интегрированным. Когда человек сталкивается с противоречиями между поведением, мыслью и аффектом, он может не замечать или отрицать эти различия и несовпадения. Защита убирает

конфликт, основанный на несовместимости двух полярных аспектов себя или другого.

Проективная идентификация. Этот феномен является как внутриспсихическим механизмом, так и межличностной коммуникацией. В результате едва различимого межличностного давления со стороны одного из участников отношений, другой через проекцию не только наделяется характеристиками внутреннего объекта первого (или другими словами – неприятными аспектами «Я»), но и оказывается вынужденным принять это, как если бы, это были его собственные аспекты «Я». Таким образом, этот другой, начинает себя вести, а также чувствовать и думать в соответствии с этими спроецированными в него аспектами «Я» пациента.

Проекция. Восприятие и реагирование на внутренние неприемлемые импульсы, как если бы они исходили не от самого себя, извне. Отличие от проективной идентификации в том, что переживания и поведение человека, на кого спроецировано, не изменяется.

Отрицание. Игнорируя данные сенсорного восприятия, человек избегает принятия и осознания труднопереносимых аспектов внешней реальности.

Диссоциация. Нарушение непрерывности таких функций Эго, как идентичность, память, сознание или восприятие. Это помогает сохранить иллюзию психологического контроля в ситуациях, связанных с беспомощностью и потерей контроля. В экстремальных ситуациях диссоциация может вызывать нарушение восприятия и памяти на произошедшее, отделяя «Я» от переживания катастрофического события.

Идеализация. Наделение других хорошими качествами, делая их в восприятии идеальными. Позволяет избегать переживания тревоги и негативных чувств, таких как презрение, зависть или злость.

Отреагирование. Импульсивное воплощение в действие бессознательных желаний и фантазий, с целью избегания внутреннего переживания болезненного аффекта.

Соматизация. Преобразование эмоциональной боли или других труднопереносимых эмоциональных состояний в физические симптомы, с фокусировкой внимания субъекта на соматическую (вместо внутриспсихической) сферу.

Регрессия. Возврат в функционировании на более раннюю фазу развития, что позволяет избежать конфликтов и напряжений, связанных с текущим уровнем развития индивида.

Шизоидное (аутистическое) фантазирование. Уход в собственный личный внутренний мир, чтобы избежать тревоги, связанной с межличностными ситуациями или взаимодействием с внешней реальностью.

Невротические защитные механизмы высшего порядка.

Интроекция. Интернализация (помещение внутрь себя) аспектов и качеств значимого человека, чтобы справиться с его потерей и утратой. Человек также может интроецировать враждебный или плохой объект, таким образом создавая иллюзию контроля над ним. Интроекция, в ее незащитной форме, так же является нормальной составляющей развития человека.

Идентификация. Интернализация качеств другого человека, через становление похожим на него. Если интроекция приводит к формированию внутренних репрезентаций, которые воспринимаются как «не я» или «другой/ая», идентификация переживается как «часть я». Так же является частью развития индивида.

Смещение. Перемещение и приписывание переживаний, вызванных какой-либо идеей или человеком к другой идее или человеку, в чем-то похожие на изначальные.

Интеллектуализация. Использование избыточной и абстрактной интеллектуальной переработки событий, для избегания переживания трудных эмоций и чувств.

Изоляция аффекта. Отделение когнитивного компонента опыта от эмоционального компонента, или мысли от связанного с ней аффекта. Помогает избегать эмоциональной переполненности и запутанности.

Рационализация. Нахождение оправданий для неприемлемых побуждений, убеждений и поступков, чтобы сделать их для себя переносимыми.

Сексуализация. Наделение значимого человека или поведения сексуальным значением, для переключения с негативных переживаний на возбуждение, что избавляет от тревоги, связанной с этим значимым человеком.

Реактивное формирование. Трансформация неприемлемого желания или импульса в противоположный.

Вытеснение. Удаление неприемлемых мыслей или импульсов из сознания и удержание их вдали от возможности вновь стать осознанными. Отличается от отрицания тем, что предмет отрицания – внешняя реальность, вытеснение имеет дело только с внутренним миром человека.

Аннулирование. Попытка свести на нет сексуальные, агрессивные или заторные значения предыдущего поведения посредством уточнения, разъяснения или делания противоположного, или через формирование навязчивого «магического» ритуала.

Зрелые защитные механизмы.

Юмор. Нахождение комического и/или иронического в трудных ситуациях с целью уменьшения неприятных переживаний и дискомфорта. Так же позволяет занять некоторую дистантную и объективную позицию по отношению к ситуации, позволяющую индивиду понять происходящее.

Подавление. Сознательное решение не следовать определенным чувствам, импульсам.

Аскетизм. Стремление избавиться от тех аспектов опыта, которые связаны с получением удовольствия, из-за существования конфликта, вызванного переживанием удовольствия.

Альтруизм. Превознесение потребностей других людей выше своих собственных. Альтруистическое поведение может обслуживать нарциссические проблемы индивида, но так же иметь большое конструктивное значение в обществе.

Предвосхищение. Откладывание немедленного удовлетворения, планируя и обдумывая будущие достижения и препятствия.

Сублимация. Трансформация социально или субъективно предосудительных целей и действий в социально приемлемые.

Определение, какими преимущественно защитными механизмами пользуется пациент, для совладания со стрессовыми внешними событиями и для регуляции своих аффектов, помогает оценить уровень интеграции, и предположить к расстройствам какого спектра более предрасположен пациент. Так, преобладание и у пациента примитивных защитных механизмов, свидетельствует в пользу низкого уровня психической интеграции или дезинтеграции, и указывает на так скорее психотическую структуру личности или пограничную структуру личности с низкой интеграцией и плохими адаптационными способностями. Такие пациенты, как правило, имеют психические расстройства психотического спектра или расстройства личности, или другие психические расстройства,

характеризующиеся тяжелой и хронической симптоматикой, порой резистентной к фармакотерапии и психотерапии.

Пациенты, использующие преимущественно невротические защиты, имеют пограничную структуру личности или невротическую, и соответственно умеренный уровень психической интеграции. Такие пациенты чаще имеют расстройства невротического спектра и аффективные расстройства с умеренно выраженными симптомами.

Использование пациентом зрелых психологических защит, говорит в пользу высокого уровня интеграции и высокой способности к адаптации.

Интерпретация данных осей III (конфликты) и IV (структура) позволяет определить, насколько имеющееся расстройство связано с нарушениями в структуре или с проявлениями конфликтов. Причем, низкая структурная организация порой делает невозможной терапевтическую проработку конфликта, или проблемы структурного характера предопределяют ведущий болезненный конфликт (например, в случаях низкого уровня структурной организации конфликт «индивидуализация – зависимость» особенно част, а при высоком уровне структурной организации часты «эдипальные» конфликты [7]). Прояснение вопроса, какой вклад в психическое расстройство вносит проблема, связанная со структурой, либо с конфликтом, позволяют определить стратегию терапевтических действий. Которая может быть направлена в большей степени на работу со структурой, или фокусироваться на мобилизации и проработки конфликтов. Эти стратегии психотерапии касаются очень важных практических моментов, влияющих на эффективность терапевтической работы, таких как:

- психотерапевтический сеттинг,
- терапевтическая установка,
- терапевтическая техника,
- особенности проработки дисфункциональных паттернов отношений.

Заключение.

Психодинамическая диагностика, построенная на основе операционализации психодинамического исследования, является довольно сложным инструментом клинической оценки пациента, но, все же, опираясь на психоаналитические концепции, является доступным и применимым методом всесторонней оценки пациента и может быть использована в психиатрии. Психоаналитическая диагностика остается эмпирической по своей сути, но операционализация психоаналитических конструктов порождает исследовательскую процедуру и возможность оценки, делая психоаналитические находки более валидными для использования в психиатрической практике.

При интервьюировании пациента, после одно двухчасового интервью, врач может сформулировать психодинамический диагноз в соответствии с четырьмя осями, который не противоречит диагнозу в соответствии с МКБ-10, а скорее они дополняют друг друга, делая пациента не только более понятным для клинициста, но помогая в планировании терапии. Такая диагностика позволяет ответить на следующие вопросы: какова общая настроенность пациента на лечение, с какими сложностями может столкнуться врач при лечении в плане сотрудничества и отношений врач-пациент, показана ли психотерапия данному пациенту, какой вид психотерапевтических вмешательств будет для данного пациента более эффективным. Для психотерапевтов данная диагностика позволяет определить терапевтический фокус и необходимые модификации терапевтической техники и терапевтических интервенций.

Как и любая диагностическая система, психодинамическая диагностика так же имеет свои ограничения. Например, такой многоосевой психодинамический диагноз, сформулированный на основе оценки важности определенных конфликтов или структурных ограничений, будет всегда гипотезой, основанной на опыте, полученном в конкретный момент во время межличностной ситуации терапевтического интервью. Поэтому, после того, как начнется психотерапия, могут проявиться другие конфликты или другие структурные характеристики выйдут на поверхность. Несмотря на то, что операционализации вносят свой вклад в стандартизацию наблюдений, психодинамический диагноз остается тесно связанным с теоретически обусловленной интерпретацией внутреннего мира человека.

Литература.

1. On the continuing evolution of psychoanalytic psychotherapy: reflections and predictions. Paul H. Ornstein et al. /Annual of psychoanalysis, 5:329-370.
2. Jones SH, Thornicroft G, Coffey M, et al: A brief mental health outcome scale: reliability and validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). British Journal of Psychiatry 166:654–659, 1995
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Fourth Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Press; 2000.
4. Rabin R., de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group // Annals of Medicine, 33 (2001) 5: 337-343.
5. Томэ Х., Кэхеле Х. Современный психоанализ. Т1.Т2. Пер. с англ./Общ. Ред. А.В. Казанской. – М.: Издательская группа «Прогресс» - «Литера», 1996. – 576с.
6. Малер Маргарет С., Пайн Фред, Бергман Анни. Психологическое рождение человеческого младенца: Симбиоз и индивидуация. Пер. с англ.-М.: Когито-Центр, 2011.- 413 с.
7. Grande T., et al. Investigating structural change in the process and outcome of psychoanalytic treatment: The Heidelberg-Berlin Study. In: P. Richardson, H. Kachele, C. Renlund (Eds.). Research on psychoanalytic psychotherapy with adults. Karnac; London, 2004.
8. Glen O. Gabbard Psychodynamic psychiatry in clinical practice.- American Psychiatric Publishing, Inc. 2005
9. Операционализованный психодинамическая диагностика (ОПД)-2. Руководство по диагностике и планированию терапии. – М. Академический проект; Культура, 2011.
- 10.Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 2012. – 480с.
- 11.Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж.Э.Купер. Пер. с англ. Д.Полтавца. – К.: Сфера,2000. – 464с.
- 12.Психоаналитические теории развития. Тайсон Ф., Тайсон Р.Л. М.: Когито-Центр, 2006.
- 13.Фрейд З. Собрание сочинений в 10 томах. М.: «Фирма СТД»
- 14.Кляйн М. Психоаналитические труды: в 7 т. Пер. с англ. и нем. – Ижевск: ИД «ERGO», 2007.
- 15.Psychic structure and psychic change. Edited by Mardi J. Horowitz, Otto F. Kernberg, Edward M. Weinschel. International universities press, 1993.
- 16.Кернберг Отто. Тяжелые личностные расстройства: стратегии психотерапии. Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс».

Учебное издание

Попов Сергей Алексеевич

**ПСИХОДИНАМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск С.А. Попов

Подписано в печать 17. 09. 2013. Формат 60x84/16. Бумага потребительская.

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 3,56. Уч.- изд. л. 2,67. Тираж 100 экз. Заказ 255.

Издатель и полиграфическое исполнение –

Белорусская медицинская академия последипломного образования.

ЛВ № 23 от 27.01.2004. 220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3.

