

Memorix Psychosomatik und Psychotherapie

Peer Arndt
Nathali Klingen

44 Abbildungen
156 Tabellen

Georg Thieme Verlag
Stuttgart · New York

Пер Арндт
Натали Клинген

Психосоматика и психотерапия

Справочник

Перевод с немецкого

*Под редакцией
акад. РАН **А.Б.Смулевича**,
проф. **Э.Б.Дубницкой**,
проф. **А.Ш.Тхостова***

Второе издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2020

УДК 616.89:615.851
ББК 56.1+53.57
А84

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Книга предназначена для медицинских работников.

Перевод с немецкого: В.П.Яковлева

Ардт, Пер.

А84

Психосоматика и психотерапия : справочник / Пер Ардт, Натали Клинген ; пер. с нем. ; под ред. акад. РАН А.Б.Смулевича, проф. Э.Б.Дубницкой, проф. А.Ш.Тхостова. – 2-е изд. – Москва : МЕДпресс-информ, 2020. – 368 с. : ил.

ISBN 978-5-00030-782-3

Книга представляет собой справочник по психосоматической и психотерапевтической медицине. В данном издании приводятся методики, проверенные практикой; информация представлена в виде кратких обзоров и таблиц и сопровождается наглядными иллюстрациями.

В начале книги рассматриваются основные понятия психоанализа, психосоматические модели; дается обзор психогенных расстройств и основных форм невротической патологии. Далее приводятся рабочие материалы по диагностике, необходимые в повседневной деятельности, а также подробно освещаются различные нозологические формы. Значительное внимание уделяется методам лечения.

Книга, несомненно, будет полезна студентам медицинских вузов, врачам общей медицины, психиатрам, психоаналитикам, психологам, занимающимся поведенческой терапией, специалистам реабилитационных центров и клиник экстренной помощи.

УДК 616.89:615.851
ББК 56.1+53.57

ISBN 978-3-13-146581-8

© 2011 of the original German language edition Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart, Germany. Original title: «Memorix Psychosomatik und Psychotherapie», by P.Arndt, N.Klingen

ISBN 978-5-00030-782-3

© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2014

Содержание

Напутствие авторам		11
Предисловие		13
1	Основы	17
1.1	Основные понятия психоанализа	17
1.2	Обзор защитных механизмов	24
1.3	Психосоматические модели	27
1.4	Основные понятия и модели поведенческой теории	31
1.5	Психоаналитическая психология развития	40
1.5.1	Доэдипово (преэдипово) развитие	41
1.5.2	Эдипово развитие	44
1.5.3	Модели привязанностей	46
1.6	Поведение при наличии болезни	48
1.7	Обзор психогенных расстройств	51
1.8	Основные формы невротической патологии	53
2	Диагностика	56
2.1	Структурная диагностика и диагностика развития	56
2.2	Психодинамическая диагностика	58
2.2.1	Психоаналитическое первичное интервью	58
2.2.2	Структурное интервью	60
2.2.3	Операционализированная психодинамическая диагностика (ОПД-2)	61
2.3	Поведенческая диагностика	65
2.4	Стандартизованная клиническая диагностика	70
2.4.1	Интервью и контрольные списки	70
2.4.2	Психопатологические данные	72
2.5	Психодиагностические тестовые методики	75
2.6	Социально-медицинская диагностика и освидетельствование	83
3	Нозологические формы	89
3.1	Реактивные расстройства	89

3.2	Расстройства, являющиеся следствием травмы	90
3.2.1	Острая реакция на стресс	92
3.2.2	Посттравматические расстройства	93
3.2.3	Терапия травмы	99
3.3	Расстройства личности	102
3.3.1	Истероформные расстройства	108
3.3.2	Расстройства личности низшего структурного уровня	109
3.3.3	Нарциссическая личность	110
3.3.4	Пограничная личность	111
3.3.5	Шизоидное расстройство личности	115
3.3.6	Прочие расстройства личности на низшем структурном уровне	116
3.4	Психоневротические расстройства	117
3.4.1	Депрессия	118
3.4.2	Страх	123
3.4.3.	Обсессивно-компульсивные расстройства	132
3.4.4	Диссоциативные расстройства	135
3.5	Соматоформные расстройства	137
3.5.1	Конверсионные расстройства (Конверсионные неврозы)	140
3.5.2	Соматизированное расстройство	142
3.5.3	Хронические боли	148
3.5.4	Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнями	151
3.6	Нарушения поведения	153
3.6.1	Нарушения пищевого поведения	153
3.6.2	Зависимость от психоактивных веществ (патологическое зависимое поведение)	161
3.6.3	Прочие нарушения поведения	169
3.7	Психосоматозы	173
3.8	Психосоматические расстройства в терапевтической практике	182
3.8.1	Терапия	182
3.8.2	Психоонкология	184
3.8.3	Неврология	187
3.8.4	Оториноларингология	191
3.8.5	Офтальмология	194

3.8.6	Ортопедия и ревматология	194
3.8.7	Гинекология	195
3.8.8	Дерматология	197
3.8.9	Стоматология	199
3.9	Кризисы и экстренные случаи	199
3.9.1	Суицидальность	199
3.9.2	Кризисное вмешательство	205
4	Методы лечения	211
4.1	Основы психотерапии	211
4.2	Элементы психоанализа	216
4.3	Психотерапевтические методы, основанные на психоанализе	225
4.4	Групповая психотерапия	235
4.5	Супружеская и семейная терапия	242
4.5.1	Концепции, ориентированные на психоанализ	243
4.5.2	Концепции, ориентированные на систему	245
4.6	Элементы и методы поведенческой терапии	250
4.6.1	Оперантные методы	254
4.6.2	Методы конфронтации и преодоления	255
4.6.3	Когнитивные методы	258
4.6.4	Техники самоуправления	267
4.6.5	Методики, специфические для определенных расстройств и базирующиеся на осознанности	270
4.6.6	Прочие элементы и методы	274
4.7	Виды терапии, ориентированные на тело, и художественные виды терапии	275
4.7.1	Методы, ориентированные на тело	275
4.7.2	Музыкальная терапия	278
4.7.3	Художественная и образная терапия	279
4.8	Методики расслабления	281
4.9	Амбулаторная психотерапия и психосоматическая медицина	284
4.9.1	Медицинское обслуживание, осуществляемое врачами, работающими по договору с медицинскими страховыми компаниями	284
4.9.2	Предоставление услуг и прекращение оказания услуг	286

4.9.3	Руководства по психотерапии	289
4.10	Психофармакотерапия	292
4.10.1	Анксиолитики и седативные препараты	294
4.10.2	Антидепрессанты и фазовая профилактика	299
4.10.3	Нейролептики	309
4.10.4	Фармакотерапия определенных нозологических форм	317
4.10.5	Лечение абстиненции	322
5	Приложение	328
5.1	Рабочие материалы	328
5.1.1	Умения и навыки	328
5.1.2	Материалы по депрессивным и тревожным расстройствам	332
5.1.3	Справочные материалы по расстройствам пищевого поведения	334
5.1.4	Справочные материалы по когнитивной терапии	336
5.2	Литература	341
5.3	Алфавитный указатель	344

Предисловие

*Терапевт, утверждающий, что точно знает,
что скрыто в темноте бессознательного своих пациентов,
похож на ребенка, который поет в темном подвале,
потому что так он меньше боится.*
Wolfgang Schmidbauer

В данной книге предпринимается попытка представить в обзорах и тезисах такую медицинскую отрасль, как психосоматическая и психотерапевтическая медицина, имеющую дело с индивидуальностью и комплексностью человеческой личности, случайными встречами, пониманием и непониманием в отношениях, что может быть подвергнуто обоснованным возражениям. В таком смелом предприятии высока опасность появления неоправданных упрощений и обобщений, конструирования слишком грубых моделей, которые не отражают реальность индивидуальных недугов. Естественно, возникает вопрос, соответствует ли избранная форма представления материала многогранности психоаналитических концепций, которая красной нитью проходит через данную книгу.

Априори излишним является претензия на исчерпывающую характеристику психических расстройств и психотерапевтической деятельности – настоящая книга не сможет и не стремится конкурировать в данном вопросе с подробными и всеобъемлющими изданиями. Здесь речь идет, прежде всего, о том, чтобы предоставить практикующему терапевту стабильные исходные рамки и достоверный рабочий материал для его рутинной каждодневной деятельности, помогающий ему структурировать, применять и анализировать свой клинический опыт. Так, при описании **нозологических форм** мы отказались от ссылок на критерии МКБ-10; вместо этого предложена картина соответствующего расстройства, учитывающая опыт читателя и риск утраты целостного представления о состоянии под влиянием «впечатлений» от наблюдаемой патологии. Нами используется классификация, заимствованная из учебника Michael Ermann (2007), которого мы сердечно благодарим. При этом мы перекидываем «мосты» к МКБ-10 как к общепринятой исходной системе для всех психотерапевтов, психосоматических врачей и психиатров. Об аспектах лечения упоминается лишь в тех случаях, когда речь

заходит о специальных техниках, применимых к специфическим расстройством, получивших признание, прежде всего, с точки зрения поведенческой терапии.

В главе, посвященной непосредственно лечению, мы не ставили перед собой задачу спрессовать как в поваренной книге всю выразительность психотерапевтического мышления и действий в таблицы, наоборот, это попытка дать ориентиры и помочь удостовериться в собственной правоте, поскольку в процессе терапевтической деятельности часто интуитивно теряется уверенность в правильности предпринимаемых действий. Наряду с признанными на уровне амбулаторного и стационарного лечения техниками и методиками, здесь представлены методы, которым удалось занять свою нишу в клиниках. Кроме того, в книге приводятся различные рабочие материалы по диагностике и терапии, необходимые в повседневной деятельности, которые мы надеемся найти собранными в единое издание в будущем.

Все это призвано не только облегчить ежедневную работу с пациентами, но и помочь в подготовке к квалификационным экзаменам, апробациям научных работ, когда речь в конечном итоге идет об объединении теоретических моделей и (собственного) практического опыта, выраженного и скрытого знания в одно логичное и убедительное, и прежде всего – вербализованное целое.

Несмотря на колоссальное многообразие и расхождения в образе мыслей и действий специалистов, работающих в нашей области (врачи общей медицины, психиатры, психоаналитики, психологи, занимающиеся поведенческой терапией, психологи, использующие системный подход, психодинамический (глубинный) подход, специалисты реабилитационных центров и клиник экстренной помощи), мы попытались написать книгу, которая отвечает требованиям как можно большего числа наших коллег. Поэтому в авторскую команду вошли клиницист, психолог психодинамического направления, а также имеющий частную практику поведенческий терапевт. Тем не менее мы не разделяем ни одной из модных сегодня «интегративных» методик: чтобы предлагать ориентиры, различное нужно оставлять различимым!

Процесс создания этой книги сопровождался множеством острых дискуссий, но прежде всего – получением новых знаний. Было совсем не просто адаптировать главу, посвященную поведенческой те-

рапии, к существующему психодинамическому вектору. Это требует обоюдной готовности уступать друг другу, приводить в соответствие понятия, что предоставляет нам возможность учиться и применять полученные знания в нашей терапевтической деятельности.

Создание книги стало возможным благодаря поддержке многих людей. Прежде всего хочу поблагодарить (Peer Arndt) мою семью, мою жену Sabine и дочь Emily, без понимания и терпения которых книга никогда бы не вышла в свет. Особую благодарность хотелось бы выразить моим коллегам и друзьям Dr. Gerhard Vilmar (Ридеринг), Herbert Nieratschker (Бургхаузен) и Bernd Schumann (Шверин). Хотелось бы поблагодарить (Nathali Kligen) своего супруга Adam Romoth за умение слушать и терпение, свою коллегу, спутницу и подругу Nicole Neubauer не только за ее профессиональную поддержку, но и за помощь в избавлении от ошибок, допущенных по невнимательности, и напоследок, но не в меньшей степени – мою маму за то, что она всегда со мной. Издательству Georg Thieme и его сотрудникам Korinna Engeli, Kirsten Heuser, Dr. Kristina Michael и Ursula Biehl-Vatter мы благодарны за активное участие в реализации нашего проекта, а также Brigitte Söllner за редакторскую поддержку.

Мы будем признательны за внесение дополнений, поправок, критику и, конечно, за одобрение нашей работы. Если с ее помощью удастся улучшить и упростить рутинную деятельность, значит, нам удалось достичь поставленной цели.

Мальхинг–Мюнхен, май 2010 г.

Peer Arndt, Nathali Kligen

1 Основы

1.1 Основные понятия психоанализа

Бессознательное

«Бессознательное представляет собой собственно реальное психическое, не настолько известное нам по своей внутренней природе, как реальность окружающего мира, и представленное нам посредством сознания не настолько полно, как внешний мир представляется нам посредством наших органов чувств» (Freud, 1900, GW II/III, 617).

- Бессознательное включает:
 - наследованные представления («прафантазии», см. «**коллективное бессознательное**» Jung),
 - **репрезентаторы влечения**,
 - вытесненные представления («**динамическое**», **глубинное бессознательное**).
- Функционирование бессознательного понимается как **первичный процесс** (замещение, конденсация, символообразование), в котором прекращают действие законы логики, пространства и времени. Кроме того, бессознательное не может быть логически опровергнуто и характеризуется способностью перемещения своей энергетической нагрузки (по сравнению с вторичным процессом).
- Бессознательное подчиняется **принципу удовольствия**, основной целью которого является достижение удовольствия и избегание дискомфорта от напряжения (в сравнении с принципом реальности).
- Бессознательное проявляется в **компромиссах** (ошибочные действия, симптомы, мечты...) и **ассоциациях** (понятия, действия).

Влечение

Влечение – это «психическая репрезентация непрерывно текущего внутрисоматического источника раздражения» (Freud, 1905a, GW V, 76).

- Для влечения характерно (Freud, 1915a, GW X, 214):
 - *давление* (динамический, энергетический, моторный момент),

- *источник* (физическое/телесное раздражение или состояние напряжения),
- *цель* (устранение доминирующего в источнике влечения состояния напряжения = удовлетворение влечения),
- *объект* (который удовлетворяет влечения и посредством которого влечение достигает цели).

Влечение	Символ	Принцип	Энергия
Влечение к жизни	Эрос	Принцип удовольствия	Либи́до
Влечение к смерти	Танатос	Принцип смерти*	Деструдо

* Ermann, 2008

Либи́до

Либи́до (в широком смысле) – это комплексная, стремящаяся к удовольствию функция тела или (в узком смысле) психическая энергия сексуального влечения. «Так мы называем определяемую в качестве количественной величины энергию влечений, связанных с тем, что принято считать любовью» (Freud, 1921, GW XIII, 98).

Влечение к смерти/агрессия

Все живое стремится к восстановлению неорганической стабильности («Целью любой жизни является смерть»). В форме агрессии это влечение может быть направлено на внешние объекты, либо в угоду сексуальности выражаться в форме садизма (Freud, 1920, GW XIII, 1–69).

«Сначала появляется то, что очень скоро трансформируется в агрессивное поведение, это не просто импульс, дающий старт развитию и началу исследования окружающего мира. Таким образом, агрессия всегда имеет дело с формированием четких различий между самостью и не-самостью» (Winnicott, 1963, S. 124).

Аффекты

Аффекты – это строительные блоки влечений, осуществляющие для них сигнальную функцию в каждом конкретном активированном

объектном отношении (Kernberg, 1976, 1984). Во всех культурах встречаются 7 первичных аффектов: радость, интерес, удивление, печаль, гнев, отвращение и страх (Krause, 1983).

Развитие влечения

Эрогенные зоны тела являются организаторами развития влечения на разных этапах развития (оральная, анальная, фаллическая либидинальные стадии). Влечения как **неполные инстинкты** соответствуют разным этапам развития. В период полового созревания неполные инстинкты сливаются под главенством генитальности. Удовольствие постепенно становится на службу продолжения рода. Ядерным комплексом развития является **эдипов комплекс** (см. с. 45) (Freud, 1905, GW V, 27–145).

Привязанность

Согласно Bowlby, система привязанностей представляет собой первичную матричную мотивационную систему, развивающуюся между первым референтным лицом и младенцем в возрасте до двух лет. Привязанность (противоположность – зависимость) обеспечивает чувство безопасности и близости и имеет функцию гарантии выживаемости (последняя интерпретируется шире, чем в рамках связи с пищевым и сексуальным поведением).

«Никакое другое поведение не сопровождается такими сильными чувствами, как привязанность» (Bowlby, 1969). Способность к привязанности является основной предпосылкой к развитию психической деятельности (теория ментализации, Fonagy, 2002).

Я

Я представляет собой наблюдаемую инстанцию, наделенную следующими функциями: посреднической, интегрирующей, регулирующей, сохраняющей равновесие и дееспособность (принцип реальности, потребность в интеграции, непрерывности и безопасности).

1.3 Психосоматические модели

Признаки наличия психосоматических взаимосвязей

(Schneider, 2007)

Индикаторы, связанные с болезнями

- Явное рассогласование между жалобами и результатами обследования.
- Нечеткие или «псевдо»-диагнозы (например, дистония, фибромиалгия).
- Сопутствующие психические расстройства (прежде всего – тревожные и депрессивные).

Проблемы в переработке болезни и в поведении во время болезни

- Явное расхождение между степенью тяжести страдания и объективно ожидаемым масштабом жалоб.
- Высокая вторичная выгода от болезни (например, в семье или социальной системе).
- Бросающееся в глаза интерактивное поведение.
- Выраженный отход от социума и щадящее поведение.
- Частая смена лечащего врача («доктор-шопинг»).
- Психотерапевтическое или психиатрическое лечение в анамнезе.
- Подозрение на аггравацию или симуляцию/диссимуляцию.

Личностные нагрузки

- Временная связь актуальных либо длительных нагрузок или травмирующих воспоминаний, например, связанных с семьей или профессией, с появлением соматических симптомов.
- Признаки ранних психических травм, продолжительные тяжелые стрессы или дефицит развития.

Конверсия (Freud S., 1895) (см. с. 138)

= Образование телесных симптомов с чувственным (экспрессивным) содержанием («болезнь чувств» – v. Uexküll, 1963):

- псевдоневрологические (реже вегетативные) симптомы,
- выражение через язык тела (символ),

- для сопротивления бессознательным конфликтам, желаниям, аффектам, импульсам.

Десоматизация и ресоматизация, первоначально по M.Schur, 1955 (см. с. 138, 173)

В ходе нормального развития изначально чисто телесно-сенсорное, т.е. бессознательно первично-процессуальное переживание (как **соматические воспоминания** в имплицитной памяти) при овладении речью постепенно **десоматизируется** и **ментализируется**, т.е. переживание становится все более сознательно вторично-процессуальным и накапливается в качестве представлений в декларативно-эксплицитной памяти («теория ментализации»).

→ **Расстройства соматизации:**

Посредством психосоциальных нагрузок и конфликтов в ходе регрессии Я эти изначально вегетативно-аффективные реакционные модели (**десоматизированные воспоминания**) вновь **ресоматизируются**, что выражается в расстройстве соматизации как физической стороне опыта и аффектов

→ **Психосоматозы:**

Ввиду дефицитов развития Я (структурная патология, основное расстройство – M.Balint) **соматические воспоминания** не подвержены десоматизации и ментализации (дефицит ментализации), но при наличии дополнительных органических факторов болезни может развиваться психосоматическое заболевание органов (психосоматоз)

Корреляция одновременности/вегетативные неврозы (Alexander F., 1950)

= Исторически значимая, однако в наше время считающаяся устаревшей концепция, согласно которой определенные конфликтные ситуации с определенными аффектами – с одной стороны, и определенные психосоматические заболевания – с другой, имеют причинную связь. Телесный симптом сопровождает здесь лишь отраженные (= предотвращенные) аффекты (и не служит для защиты от них → конверсия).

Двухфазное вытеснение (Mitscherlich A., 1953)

- **1 фаза:** преодоление хронической стрессовой ситуации посредством мобилизации защиты с психоневротическим симптомообразованием за счет сужения переживания Я.
- **2 фаза:** при сохраняющемся в дальнейшем стрессе психическая защита ломается, и происходит перемещение в телесную симптоматику («бегство в болезнь»).

Алекситимия (Sifneos P.E., Nemiah J.C., 1970)

= Основной и комплексный дефект, связанный с невозможностью точно описать собственные переживания и чувства, склонность к механистическому, конкретному и утрированно логическому мышлению.

Широко распространенное расстройство ментализации и признак низшего структурного уровня, не является специфическим для психосоматических симптомообразований.

Стрессовая модель (Selye H., 1950) (см. с. 38)

= Попытка организма восстановить биологическое равновесие посредством комплексных приспособительных функций (общий адаптационный синдром), в то время как внешние или внутренние нагрузки (стрессоры) перегружают «нормальные» механизмы преодоления.

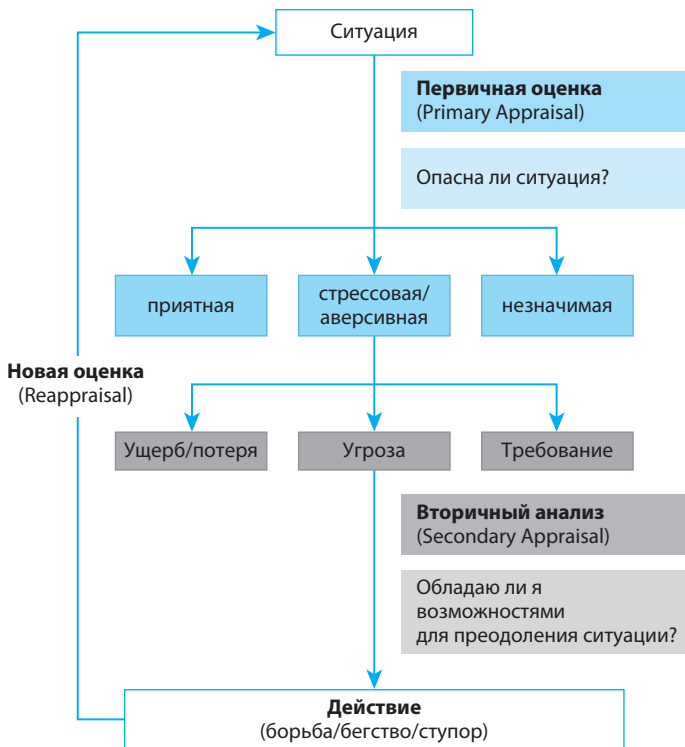
1. Реакция тревоги.
2. Преодоление – защита и разрешение (приспособление и повышенная функция).
3. Утомление вплоть до нервного истощения.

Модель обратной связи (Warwick, Salkovskis, 1989)



Цит. по: Warwick и Salkovskis, 1989

к раздражителю), ориентированную на эмоции (внутрипсихически посредством снятия эмоционального возбуждения) и ориентированную на анализ (процесс логического анализа) психофизиологическую адаптацию. Дальнейшая классификация: адаптивное, частично-адаптивное и дезадаптивное преодоление стресса, например отвлечение при страхах (ср. Защита, см. с. 22, 48).



Салютогенез (Antonovsky A., 1979)

Концепция салютогенеза исходит из того, что здоровье появляется и сохраняется не само по себе, а должно постоянно восстанавливаться в активном процессе. Центральным элементом этого метода является **чувство интегрированности** («sense of coherence»), аналогичное убеждению в самоэффективности (Bandura), ожиданию того, что собственной жизнью можно руководить и оказывать на нее влияние. Чувство интегрированности включает в себя следующие компоненты:

- понятность («sense of comprehensibility»),
- управляемость («sense of manageability»),
- осмысленность («sense of meaningfulness»).

1.5 Психодинамическая психология развития

Комментарий: развитие – это непрерывный процесс – отдельные фазы переходят одна в другую, пересекаются и, что следует из представленной ниже таблицы, становятся сложными для разграничения. Классификацию определенных клинических картин следует воспринимать только в качестве иллюстрации; не следует руководствоваться ею как схемой в диагностике!

1.5.1 Доэдипово (преэдипово) развитие

Развитие	Возраст				
	до 6 нед.	2–6 мес.	6–18 мес.	18–24 мес.	от 2 до 4 лет
Психосексуальная фаза (S.Freud)	Аутоэротическая/ но-перверсная /ранняя оральная/интенциональная	2–6 мес. Симбиотическая/ полиморф-ранняя	6–18 мес. Орально-депрессивная	18–24 мес. Орально-агрессивная	от 2 до 4 лет Моторно-агрессивная/ аналь-но-садистская
Развитие Я (M.Mahler)	Аутистичная фаза («без-объектная стадия»)	Симбиотическая фаза («предобъектная» – первое доверие)	Фаза разделения/кризис индивидуализации (отношения частично объектные: «доброе против злого»)	Консолидация индивидуализации с постепенной интеграцией представлений о себе и объектах (целостные объекты: «доброе и злое»/отношение вопреки разделению)	
Объектные отношения	Монадные	Симбиотические	Симбиотически-диадные	Диадные	
Развитие поведения и речи	Слышать, чувствовать, видеть	Улыбаться, хватать, сидеть	Ползать, вставать, ходить, произносить отдельные слова	Предложения из нескольких слов, значительное увеличение словарного запаса	Вопросы, комплексные предложения, увеличение словарного запаса

Развитие	Возраст		6–18 мес.	18–24 мес.	от 2 до 4 лет
	до 6 нед.	2–6 мес.			
Развитие самости (D.Stern)	Самость/не-самость	Ядро самости (ожидания/доверие)	Субъективная самость (дифференцированная связь с объектом, интерсубъективность)	Вербальная самость (словесная символизация, представления, репрезентации)	
Психосоциальный кризис (E.Erikson)	Доверие/первичное недоверие		Близость/разделение (давать и брать)	Автономность против стыда и сомнений (амбитендентность)	
Основной конфликт (G.Rudolf)	Близость		Связь (депрессивный основной конфликт)	Автономность	
Стержневой страх	Преодоление/фрагментация		Покинутость/последование	Потеря объекта	Разделение
Защита	Диссоциативные защиты (например, проекция, отрицание, расщепление)			Смешанная (прежде всего – идеализация/обесценивание)	
Конфликт (операциональная психопункциональная диагностика)	Неспособность к конфликтам	Смешанные конфликты	Автономность против зависимости, конфликты вины	Независимость против обеспечения (обслуживания)	Подчинение против контроля

3 Нозологические формы

3.1 Реактивные расстройства

Происхождение

Во временной и содержательной корреляции с психическими нагрузками или соматическими заболеваниями может произойти (без каких-либо специфических воздействий) перегрузка механизмов преодоления и защиты.

Формы

1. **Острая реакция на стресс (F43.0)** проявляется сразу после внезапного, неожиданного события и в течение 1–3 дней постепенно затихает.
2. **Нарушения адаптации (F43.2)** проявляются в течение одного месяца вследствие травмирующей ситуации и в течение 6 последующих месяцев (максимум 2 лет) исчезают.
 - 2.1 **психосоциальные** вследствие постоянного социального стресса
 - 2.2 **соматопсихические** при соматических заболеваниях и их последствиях
→ расстройство системы преодоления болезни (см. с. 48).

Течение

Ограниченные функциональные психические и/или психосоматические расстройства, сопровождающиеся тесно связанной со стрессом симптоматикой. После затухания стресса наступает восстановление без личностных изменений.

Лечение

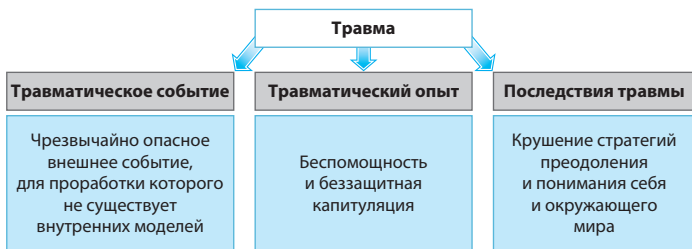
Консультативная/поддерживающая психотерапия (помощь в преодолении, использование внешних ресурсов и поддержание собствен-

ных ресурсов и решений проблем), социальная терапия, методики расслабления, группы самопомощи¹ (см. также с. 206).

Дифференциальный диагноз

- **Невротическое расстройство** характеризуется взаимодействием актуальных стрессов с неразрешенным предшествующим внутренним конфликтным опытом или дефицитами развития, т.е. актуализацией внутриспихических процессов; однотипные дисфункциональные модели и стабильная симптоматика.
Но: возможна трансформация в невротическое расстройство вследствие **регрессии** или **нарциссического заболевания**.
- **Посттравматическое расстройство:** вследствие катастрофических событий полностью разрушается защита, что блокирует систему преодоления переживаний и ведет к инкапсуляции травматического опыта в качестве диссоциированного интроекта.

3.2 Расстройства, являющиеся следствием травмы



¹ Как об этом свидетельствует клинический опыт, в значительной части случаев (за исключением, например, нормальных реакций горя) необходима комплексная терапия, включающая использование психотропных средств и дифференцированная в соответствии с типологией реактивных психопатологических образований. – Прим. ред.

Частота

- **...травматического опыта:** более 2/3 населения индустриальных государств
- **...пережитого раннего сексуального и/или физического насилия:** 10–28% женщин, 4–16% мужчин
- **...острой травматической реакции:** более половины из числа пострадавших от травм
- **...посттравматического расстройства:** примерно четверть из числа пострадавших от травм (15% пострадавших в ДТП, 50–90% жертв сексуального, внутрисемейного насилия или пыток; в общем около 5–10% населения; женщины в два раза чаще, чем мужчины; переход в хроническую форму примерно в 30% случаев)

Классификация травматизаций

• Простая – тип I: краткосрочная, неожиданная, ограниченная	• Комплексная – тип II: длительная, повторяющаяся, комплексная*
• Косвенная – тип III: затрагивающая других участников	• Прямая: затрагивающая жертву
• Поздняя: после завершения личностного развития	• Ранняя: в детстве и юности
• Внешнесемейная	• Внутрисемейная
• Ненамеренная (= случайная)	• Интенциональная (= преднамеренная)
↓	↓
<i>Пониженный риск развития посттравматического расстройства</i>	<i>Повышенный риск развития посттравматического расстройства</i>

- * **Дополнительная:** несколько травмирующих событий одновременно
Кумулятивная: несколько субтравмирующих событий одновременно
Секвенционная: несколько следующих друг за другом травмирующих событий

- Как я отношусь к самому себе с такой позицией? Как это отражается на окружающих?
- Если я скажу об этом окружающим, как они себя почувствуют после этого?
- Что я сказал бы в данной ситуации своему другу/подруге, чтобы их поддержать?
- Что сказал бы мне мой супруг(-а), друг/подруга, дети, которые напрямую не участвуют в ситуации?
- Что думает человек, которого данная ситуация не напрягает (не вызывает стресс)?
- Что я буду думать обо всем этом через год?

3. Чувство:

- Как бы я себя чувствовал, если бы я не знал данной модели мышления? Каким бы я был человеком, как бы это было?
- Какой эффект повлечет за собой изменение моей модели мышления (влияние на меня лично и на окружающих)?

5.2 Литература

<http://www.thieme.de/detailseiten/9783131465818.html>

- Arbeitskreis OPD. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2: Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Bern: Huber; 2006
- Batra A, Wassmann R, Buchkremer G. Verhaltenstherapie: Grundlagen – Methoden – Anwendungsgebiete. Aufl. Stuttgart: Thieme; 2009
- Bedei B. Der Arzt in der vertragsärztlichen Versorgung: Vorgaben und Empfehlungen für Ärzte und psychologische Psychotherapeuten zur Niederlassung. 10. Aufl. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2009
- Brickenkamp R, Brähler E, Holling H, Hrsg. Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests, Band 1 und 2. 3. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2002
- Deutsche Psychotherapeuten Vereinigung, Hrsg. Psychotherapie in der Privaten Krankenversicherung. Ausgabe 1/2007
- Dilling H, Mombour WH, Schmidt MH, Übers, und Hrsg. Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien. 5. Aufl. Bern: Huber; 2004
- Dulz B, Herpertz SC, Kernberg OF, Sachsse U. et al. Handbuch der Borderline-Störungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 2010
- Ebel H, Beichert K. Depressive Störungen bei Patienten der Allgemeinmedizin. Dtsch Ärztebl 2002; 99(3): A124–A130
- Eckert J, Dulz B, Makowski C. Die Behandlung von Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Psychotherapeut 2000; 45: 271–285

- Egle UT, Nickel R, Schwab R, et al. Die somatoforme Schmerzstörung. Deutsches Ärzteblatt 2000; 97(21): A1469–A1473
- Ermann M. Psychosomatische Medizin und Psychotherapie: Ein Lehrbuch auf psychoanalytischer Grundlage. 5. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer; 2007
- Ermann M. Freud und die Psychoanalyse: Entdeckungen, Entwicklungen, Perspektiven. Stuttgart: Kohlhammer; 2008
- Flammer A. Entwicklungstheorien: Psychologische Theorien der menschlichen Entwicklung. 4. Aufl. Bern: Huber; 2009
- Grawe K. Neuropsychotherapie. Göttingen: Hogrefe; 2004
- Heidenreich T, Junghanns-Royack K, Fydrich T. Diagnostik in der Verhaltenstherapie. Psychotherapeut 2009; 54:145–159
- Herpertz SC, Saß H. Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Thieme; 2003
- Hiller W, Leibing E, Leichsenring F, Sulz SKD, Hrsg. Lehrbuch der Psychotherapie. Band 1: Wissenschaftliche Grundlagen der Psychotherapie. München: CIP-Medien; 2004
- Hoffmann SO, Hochapfel G. Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin: Mit einer Einführung in Psychodiagnostik und Psychotherapie. 8. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 2009
- Hohage R. Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis: Diagnostik, Behandlungsplanung, Kassenanträge. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer; 2004
- Janssen PL, Schneider W. Psychodynamische Diagnostik. Psychotherapeut 2009; 54: 57–69
- Klußmann R, Nickel M. Psychosomatische Medizin: Ein Kompendium für alle medizinischen Teilbereiche. 6. Aufl. Berlin: Springer; 2009
- Kriz J. Grundkonzepte der Psychotherapie. 6. Aufl. Weinheim: Beltz PVU, 2007
- Laplanche J, Pontalis JB. Das Vokabular der Psychoanalyse. Frankfurt a. M.: Suhrkamp; 1972
- Laux G, Dietmaier O. Neuro-Psychopharmaka kompakt: Übersichtstabellen zu Substanzcharakteristik, Indikationen, Dosierungen, Nebenwirkungen, Wechselwirkungen und Kontraindikationen. Wien: Springer; 2003
- Laux G, Möller HJ. Memorix Psychiatrie und Psychotherapie. Stuttgart: Thieme; 2008
- Leibing E, Hiller W, Sulz SKD, Hrsg. Lehrbuch der Psychotherapie. Band 3: Verhaltenstherapie. München: CIP-Medien; 2003
- Lyon G. Krisen: Arbeitsmaterialien, Konzepte, Literatur zu Krisenintervention und Suizidalität. Online-Publikation; 2004 (www.gert-lyon.at)
- Lyon G. Materialien zur Einführung in Konzepte, Modelle und Theorien der Psychoanalyse. Online-Publikation; 2008 (www.gert-lyon.at)
- Maercker A. Posttraumatische Belastungsstörungen. 3. Aufl. Berlin: Springer; 2009
- Margraf J. Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen und Verfahren. 3. Aufl. Berlin: Springer; 2008