



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Оценка успешности функционирования индивида в шести важнейших сферах жизнедеятельности.....	1
РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ (F60-F69) .....	2
Было предложено пять степеней тяжести расстройств:.....	8
ПОГРАНИЧНОЕ ЛИЧНОСТНОЕ РАССТРОЙСТВО.....	8
Панические атаки .....	11
Необходимо проделать 10 практических шагов. ....	13
Клиентов надо обучить этой технике. ....	14
Работы с ПТСС (насилие с угрозой для жизни): присутствуют три группы симптомов: ..	14
Фазы работы с клиентами с ПТСС: .....	15
DSM-IV-TR и DSM-5 группируют расстройства личности на 3 кластера: .....	19

## ОЦЕНКА УСПЕШНОСТИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ИНДИВИДА В ШЕСТИ ВАЖНЕЙШИХ СФЕРАХ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. Познавательные процессы - понимание и общение.
2. Мобильность - движение и пространственная ориентация.
3. Самообслуживание - гигиена, способность самостоятельно одеваться, принимать пищу.
4. Взаимодействие с другими людьми.
5. Жизненная активность - домашние обязанности, досуг, работа и школа.
6. Участие в общественной жизни.

---

Программа обучения Транзактный Анализ в консультировании и терапии.

**Базовый курс. Лекция 5 «Диагностика DSM»**

Автор: Алла Далит СТА-Р

2016 год.



## РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ (F60-F69)

### F60 Специфические расстройства личности

#### F60.0 Параноидное расстройство личности

Исключено:

- параноидный(ая)(ое):
- психоз (F22.0)
- состояние (F22.0)
- шизофрения (F20.0)
- паранойя (F22.0)
- кверулянтная (F22.8)

#### F60.1 Шизоидное расстройство личности

Исключено:

- бредовое расстройство (F22.0)
- синдром Аспергера (F84.5)
- шизоидное расстройство в детском возрасте (F84.5)
- шизотипическое расстройство (F21)
- шизофрения (F20.-)

#### F60.2 Диссоциальное расстройство личности

Исключено:

- расстройства поведения (F91.-)
- эмоционально неустойчивое расстройство личности (F60.3)

#### F60.3 Эмоционально неустойчивое расстройство личности

Исключено: диссоциальное расстройство личности (F60.2)

---

Программа обучения Транзактный Анализ в консультировании и терапии.

**Базовый курс. Лекция 5 «Диагностика DSM»**

Автор: Алла Далит СТА-Р

2016 год.



F60.4 Истерическое расстройство личности

F60.5 Ананкастическое расстройство личности

Исключено: обсессивно-компульсивное расстройство (F42.-)

F60.6 Тревожное (уклоняющееся) расстройство личности

F60.7 Расстройство типа зависимой личности

F60.8 Другие специфические расстройства личности

F60.9 Расстройство личности неуточненное

F61 Смешанные и другие расстройства личности

Исключено: акцентуированные личностные черты (Z73.1)

F62 Стойкие изменения личности, не связанные с повреждением или болезнью  
головного мозга

Исключено: расстройство личности и поведения, обусловленное болезнью,  
повреждением или дисфункцией головного мозга (F07.-)

F62.0 Стойкое изменение личности после переживания катастрофы

Исключено: посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1)

F62.1 Стойкое изменение личности после психического заболевания

F62.8 Другие стойкие изменения личности

F62.9 Стойкое изменение личности неуточненное

F63 Расстройства привычек и влечений

Исключено:

---

Программа обучения Транзактный Анализ в консультировании и терапии.

**Базовый курс. Лекция 5 «Диагностика DSM»**

Автор: Алла Далит СТА-Р

2016 год.



- привычное чрезмерное употребление алкоголя или психоактивных веществ (F10-F19)
- расстройство влечений и привычек, затрагивающих сексуальное поведение (F65.-)

### F63.0 Патологическое влечение к азартным играм

Исключено:

- пристрастие к азартным играм лиц с маниакальным эпизодом (F30.-)
- склонность к азартным играм и пари БДУ (Z72.6)
- склонность к азартным играм при диссоциальном расстройстве личности (F60.2)

### F63.1 Патологическое влечение к поджогам [пиромания]

Исключено:

- поджог (совершенный): взрослым человеком с диссоциальным расстройством личности (F60.2)
- как повод для наблюдения за лицом с подозрением на психическое расстройство (Z03.2) при:
  - интоксикации алкоголем или психоактивным веществом (F10-F19 с общим четвертым знаком .0)
  - органических психических расстройствах (F00-F09)
  - расстройствах поведения (F91.-)
  - шизофрении (F20.-)

### F63.2 Патологическое влечение к воровству [клептомания]

Исключено:

- депрессивное расстройство с воровством (F31-F33)



- ограбление магазина как повод для наблюдения за лицом с подозрением на психическое расстройство (Z03.2)
- органические психические расстройства (F00-F09)

### F63.3 Трихотилломания

Исключено: стереотипное двигательное расстройство с выдергиванием волос (F98.4)

### F63.8 Другие расстройства привычек и влечений

### F63.9 Расстройство привычек и влечений неуточненное

### F64 Расстройства половой идентификации

#### F64.0 Транссексуализм

#### F64.1 Трансвестизм двойной роли

Исключено: фетишистский трансвестизм (F65.1)

#### F64.2 Расстройство половой идентификации в детском возрасте

Исключено:

- расстройство сексуальной сформированности (F66.0)
- эго дистоническая половая ориентация (F66.1)

#### F64.8 Другое расстройство половой идентификации

#### F64.9 Расстройство половой идентификации неуточненное

### F65 Расстройства сексуального предпочтения

#### F65.0 Фетишизм

#### F65.1 Фетишистский трансвестизм

#### F65.2 Эксгибиционизм

---

Программа обучения Транзактный Анализ в консультировании и терапии.

**Базовый курс. Лекция 5 «Диагностика DSM»**

Автор: Алла Далит СТА-Р

2016 год.



F65.3 Вуайеризм

F65.4 Педофилия

F65.5 Садомазохизм

F65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения

F65.8 Другие расстройства сексуального предпочтения

F65.9 Расстройство сексуального предпочтения неуточненное

F66 Психологические и поведенческие расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией

Примечание: сама по себе сексуальная ориентация не рассматривается как расстройство.

F66.0 Расстройство сексуального созревания

F66.1 Эго дистоническая половая ориентация

F66.2 Расстройство сексуальных отношений

F66.8 Другие расстройства психосексуального развития

F66.9 Расстройство психосексуального развития неуточненное

F68 Другие расстройства личности и поведения в зрелом возрасте

F68.0 Преувеличение соматической симптоматики по психологическим причинам

F68.1 Умышленное вызывание или симулирование симптомов, или инвалидности физического или психологического характера [поддельное нарушение]

Исключено:

- искусственный [артифициальный] дерматит (L98.1)
- личность, симулирующая болезнь (с очевидной мотивацией) (Z76.5)

---

Программа обучения Транзактный Анализ в консультировании и терапии.

**Базовый курс. Лекция 5 «Диагностика DSM»**

Автор: Алла Далит СТА-Р

2016 год.



## F68.8 Другие уточненные расстройства личности и поведения в зрелом возрасте

### F69 Расстройство личности и поведения в зрелом возрасте неуточненное

Несомненно, положительным является расширение раздела аддиктивных нарушений за счет внесения в секцию III нарушения интернет-игр (Internet Game) наряду с сохранением в секции II гемблинга (ранее патологический гемблинг), что особенно актуально в связи с лавинообразным нарастанием злоупотребления Интернетом, уже начиная с детского возраста. В Китае злоупотребление интернет-играми внесено в категорию аддикций.

ТАК НАЗЫВАЕМОЕ НАРУШЕНИЕ ИНТЕРНЕТ-ИГР ВКЛЮЧАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРИЗНАКИ:

1. Сверхзанятость играми в Интернете.
2. Симптомы отнятия при отстранении от игры.
3. Повышенная толерантность к участию в интернет-играх.
4. Неудавшиеся попытки прекратить или сократить время участия в интернет-играх.
5. Потеря интереса к прежним хобби и развлечениям, вытесненная интересом к интернет-играм.
6. Продолжающееся участие в интернет-играх, несмотря на знания о возникающих отрицательных последствиях.
7. Обман членов семьи, знакомых, друзей, терапевтов в отношении времени, затрачиваемого на участие в интернет-играх.
8. Использование интернет-игр с целью избегания или смягчения плохого настроения.
9. Потеря значимых отношений, работы или обучения, а также возможности сделать карьеру из-за участия в интернет-играх.

В DSM-V в качестве отдельных рубрик было решено оставить шизотипическое, пограничное, антисоциальное, нарциссическое, избегающее и обсессивно-

---

Программа обучения Транзактный Анализ в консультировании и терапии.

**Базовый курс. Лекция 5 «Диагностика DSM»**

Автор: Алла Далит СТА-Р

2016 год.



компульсивное расстройства личности. Нарциссическое расстройство личности в первой версии DSM-V также было исключено из классификации, но позже эксперты решили его сохранить. Из окончательной версии будущей классификации исключены параноидное, шизоидное, гистрионное и зависимое расстройства личности. Депрессивное и пассивно-агрессивное (негативистическое) расстройства личности, которые содержались в DSM-IV-TR в разделе «рубрики, требующие дальнейшего изучения», также оказались вне рамок официальной версии DSM-V. Важно отметить, что все исключенные расстройства личности, а также рубрика «расстройство личности БДУ», в DSM-V рекомендуют диагностировать как определенные личностные стили (personality disorder trait-specified – PDTS), которые характеризуются менее выраженным снижением, более высоким уровнем личностного функционирования, а также описательными личностными характеристиками.

#### БЫЛО ПРЕДЛОЖЕНО ПЯТЬ СТЕПЕНЕЙ ТЯЖЕСТИ РАССТРОЙСТВ:

- 1) нет личностных нарушений;
- 2) личностные проблемы трудно квалифицировать как расстройство; 3) личностное расстройство;
- 4) умеренно тяжелая степень выраженности расстройства;
- 5) тяжелое личностное расстройство.

#### ПОГРАНИЧНОЕ ЛИЧНОСТНОЕ РАССТРОЙСТВО

**Критерий А.** Умеренные (или сильно выраженные) нарушения личностного функционирования, проявляемое в сложностях в двух или более сферах:

1. **Идентичность.** Выраженно бедный, плохо развитый, нестабильный образ себя, часто связанный с самокритичностью, хроническим чувством опустошенности, и диссоциативными состояниями, возникающими при стрессе.





2. **Будущее.** Нестабильность в целях, устремлениях, ценностях и карьерных планах.

3. **Эмпатия.** Сниженная способность замечать чувства и потребности окружающих, связанная с межличностной сверхчувствительностью (то есть склонность чувствовать себя ущемленным или оскорбленным); восприятия окружающих выборочно искажается в сторону негативных мнений или ранимости.

4. **Интимность.** Интенсивные, нестабильные и конфликтные близкие отношения, отмеченные недоверием, лишениями, и тревожной озабоченностью реальной или воображаемой погнутостью. Близкие отношения часто рассматриваются в тонах идеализации или обесценивания и изменяются в пределах полной вовлеченности до полной разобщенности в восприятии пациента.

**Критерий В.** Четыре или более из следующих семи патологических черт (включая по крайней мере одну из следующих: №5 импульсивность, №6 склонность к риску, №7 враждебность).

1. **Эмоциональная лабильность.** Нестабильные эмоциональные переживания и частые перемены настроения. Эмоции, которые быстро возникают и являются интенсивными не соответствуют по этим критериям событию или обстоятельствам.

2. **Тревожность.** Интенсивные чувства нервозности и напряжённости или паника, часто возникающие в ответ на межличностный стресс. Беспокойство по поводу негативных чувств прошлого неприятного опыта и возможных будущих событий. Чувство страха, боязливости, угрозы от неопределенности. Страх потерпеть крах или потерять контроль.

3. **Сепарационная ненадежность.** Чувство отвержения значимыми другими или отчуждения от них, связанное со боязнью чрезмерной зависимости и полной потерей автономности.



**4. Депрессивность.** Частые чувства озлобленности, несчастья или безнадежности. Сложности в восстановлении при выходе из таких состояний. Пессимизм по поводу будущего. Всеобъемлющий стыд, чувство собственной неполноценности, мысли о суициде или суицидальное поведение.

**5. Импульсивность.** Действия на основе сиюминутного момента в ответ на непосредственный стимул. Действия на основе сиюминутных событий без плана или мыслей о возможных последствиях. Сложности в установлении плана и следовании ему. Чувство острой необходимости что-то сделать и само деструктивное поведение под влиянием эмоционального стресса

**6. Склонность к риску.** Вовлеченность в опасную, рискованную и потенциально само деструктивную активность без необходимости или без внимания к последствиям. Недостаток озабоченности ограничениями ситуации и отрицание реальности личного риска.

**7. Враждебность.** Постоянное или частое переживание чувства злости. Озлобленность или раздраженность в ответ на незначительные обиды или оскорбления.

**Критерий С.** Нарушения в личностном функционировании и выраженность перечисленных личностных особенностей являются относительно неизменными и постоянными в разрезе различного и широкого спектра личностных и социальных ситуаций.

**Критерий D.** Нарушения в личностном функционировании и выраженность перечисленных личностных особенностей является относительно стабильной во времени с наличием приступов, которое можно отследить по крайней мере с подросткового возраста или ранней юности.

**Критерий E.** Нарушения в личностном функционировании и выраженность перечисленных личностных особенностей нельзя объяснить лучше другим психологическим расстройством.

---

Программа обучения Транзактный Анализ в консультировании и терапии.

**Базовый курс. Лекция 5 «Диагностика DSM»**

Автор: Алла Далит СТА-Р

2016 год.



**Критерий F.** Нарушения в личностном функционировании и выраженность перечисленных личностных особенностей нельзя приписать употреблению веществ (например, наркотическим, медикаментозным или токсическим) или общим медицинским состоянием (например, серьезной травмой головы).

**Критерий G.** Нарушения в личностном функционировании и выраженность перечисленных личностных особенностей не объясняется лучше особенностями возрастного периода или социально-культурными особенностями среды.

## ПАНИЧЕСКИЕ АТАКИ

Симптомы панических атак испытывают до 5% населения. Панические атаки – это состояние внезапного интенсивного страха или ужаса с физической симптоматикой (трудное дыхание, головокружение, учащенное сердцебиение, боли в груди, дрожь, потливость, чувство нереальности происходящего). Мысли при этом: «Я схожу с ума, я умираю, я теряю контроль, у меня инфаркт, я выгляжу так, что за меня стыдно». Такие мысли являются естественным образом, но они ошибочны и являются неверной интерпретацией того, что есть на самом деле. При появлении таких мыслей беспокойство усиливается, что поддерживает телесные симптомы. Таким образом, происходит взаимосвязь между мыслями и физическими симптомами, которые усиливают друг друга и поэтому с ними трудно справляться.

Ситуация усложняется тем, что у большинства людей с такими атаками идет подчинение реакциям скрыться с того места, где она началась, как можно скорее. Реакция избегания дает временное облегчение, но закрепляет негативные мысли и симптомы при возможном повторе. Могут возникнуть фобические (более устойчивые) реакции.

Паническая атака – это симптом, основанный на стрессе (он пугает больше, чем тошнота или диарея). Но паническая реакция – это та же реакция на стресс. Люди, переживающие паническую атаку, испытывают влияние стресса на дыхательную систему и систему кровообращения. Другие люди (при диарее) испытывают влияние стресса на ЖКТ, который и откликается на стресс.

---

Программа обучения Транзактный Анализ в консультировании и терапии.

**Базовый курс. Лекция 5 «Диагностика DSM»**

Автор: Алла Далит СТА-Р

2016 год.



Часто симптомы паники производят беспокойство и стресс настолько, что сами симптомы более важны, чем первоначальный стресс.

При объяснении ситуации клиентов надо активно информировать о симптомах. Мы говорим клиенту, что симптомы являются преувеличенной нормальной телесной реакцией на пугающую ситуацию. Если представить себя на скользящей лестнице-стремянке, то можно испытать страх, изменения в теле (изменение дыхания, сердечной деятельности, появляется потливость, бледность), но при безопасном исходе тревога снижается. Но когда начинается синдром у клиентов на рабочем месте, то они пугаются, так как признаки синдрома появляются без очевидной причины. Причина находится внутри (организм перестал справляться с причиной), клиент пытается связать ее с какой-либо пугающей причиной.

Проблема в том, что клиент становится чрезмерно чувствительным к страху и страх может возникнуть в совершенно нормальной ситуации. Если увеличивается внешний стресс или возникает усталость, то симптомы панической атаки появляются чаще. Иногда они вызывают беспокойство о том, что они могут возникнуть в любой момент.

Если клиент пережил атаку, то он будет приглядываться к себе и замечать такие сигналы тела, которые незаметны (изменения в ритме дыхания, сердцебиение). Клиент пугается, запускается реакция тела на страх и процесс идет по порочному кругу взаимосвязи и усиления беспокойных мыслей и телесных симптомов. Клиенты с паническими атаками боятся умереть. Но в панической атаке это невозможно, так как паническая атака не может принести тяжелого вреда. Это просто усиленные нормальные чувства, может быть усиление, но не повреждение.

**Таким образом, суммируя сказанное, можно сделать такие выводы:**

1. Паническая атака – нормальная реакция на страх, но без особой внешней причины.



2. Нормальная реакция тела на страх приводит к тому, что клиент становится сверхчувствительным, а при его усталости атака возникает снова.
3. Чувство страха не является повреждающим, поэтому нет серьезной опасности.
4. Чувства могут быть вызваны и поддержаны мыслями и симптомами. Может быть усиленная гипервентиляция, поэтому это дыхание надо вырубить: «Дышим вместе: вдох – выдох...». Иначе клиент может потерять сознание (само повредиться). Это часто бывает у детей. Дышать часто и глубоко – опасно. Как только клиент понимает, что происходит, он выигрывает битву, справляется с ситуацией.

---

### НЕОБХОДИМО ПРОДЕЛАТЬ 10 ПРАКТИЧЕСКИХ ШАГОВ.

Если вдруг на приеме начинается такая атака (этому надо научить и клиента, так как есть неподходящие места, например, если он за рулем, то надо остановиться и припарковаться).

1. Вспомните о том, что чувство паники – это преувеличенная нормальная реакция вашего тела.
2. Это состояние не повреждает вас, и оно не будет ухудшаться.
3. Замечайте, что сейчас происходит в вашем теле. Оставайтесь «здесь и сейчас», замедлите темп того, что делаете, расслабьтесь, но продолжайте дело (говорите, идите и т.д.).
4. Если думать о том, что может случиться, то это не поможет, так как имеет значение именно то, что происходит сейчас.
5. Принимайте ваши чувства, позвольте им пройти через вас волной, и они уйдут быстрее.
6. Управляйте вашим уровнем тревоги (особенно те, кто может представить шкалу и баллы, представьте себе, что уровень тревоги снижается с 10 до 1 балла).

---

Программа обучения Транзактный Анализ в консультировании и терапии.

**Базовый курс. Лекция 5 «Диагностика DSM»**

Автор: Алла Далит СТА-Р

2016 год.



7. Оставайтесь в ситуации, если вы будете избегать контакта или исчезнете, то в будущем вам будет труднее справляться с атакой.
8. Медленно глубоко вдохните и выдохните.
9. Сознательно расслабьте ваши напряженные мышцы, почувствуйте себя расслабленным.
10. Теперь начинайте концентрироваться снова на том, что вы делали до симптома.

---

### КЛИЕНТОВ НАДО ОБУЧИТЬ ЭТОЙ ТЕХНИКЕ.

Симптомы – это сигналы о невыраженных чувствах, о первичной травматической ситуации. Пока их не нашли и не выразили, симптом будет работать для привлечения внимания. Необходимо выразить вытесненные чувства, связанные с травмами. Но далеко не все клиенты решаются на прикосновение к первичным чувствам так, чтобы их осознать и закрыть. Некоторые используют медикаменты, но предпочитают не идти на эмоциональные переживания. Поэтому медикаменты все сильнее, так как симптомы становятся все более яркими. Когда клиенты согласны пройти первичную ситуацию, то мы работаем с ними, как с клиентами с посттравматическим стрессом, методом приговора (ребефинг).

Таким образом, необходимо снять симптом и снять причину (обязательны обе части). Опыт должен быть разделен (иногда мы сами пугаемся, так как интуитивно чувствуем сами, что именно лежит в основе. Интуиция – это функция бессознательного). Симptom более важен, чем причина, причем сначала симптомы могут усилиться.

### РАБОТЫ С ПТСС (НАСИЛИЕ С УГРОЗОЙ ДЛЯ ЖИЗНИ): ПРИСУТСТВУЮТ ТРИ ГРУППЫ СИМПТОМОВ:

1. **Возобновление переживаний событий в памяти или сновидениях.** Клиент может просыпаться от крика, бояться уснуть. Могут случаться переживания событий в дневное время (обратные вспышки). Развивается диссоциация – в период



бодрствования клиент находится на месте происшествия, а не здесь (эмоциональный уход). Стимулами могут быть запахи крови, пороха, лекарств, все это может стать триггером в запуске прошлой ситуации. на сессии диссоциация проявляется так: остановившийся взгляд, изменения в речи, в поведении. Они отражают содержание переживания первоначальной травмы сейчас, во время рассказа терапевту надо идти в темпе клиента.

2. **Избегание стимулов, напоминающих о травме.** Здесь важно напомнить, что возвращение в этот страх необходимо. Идет новое переживание травмы, но если его не проговаривать, то может быть фобия или эмоциональный уход. Стимулы, напоминающие о травме, это мысли, ситуации, место, деятельность.
3. **Постоянная настороженность клиента.** Клиент вздрагивает от звуков, оглядывается. У него трудности с концентрацией внимания. Могут начаться соматические боли (головные или в животе). Если не осознать, что это следствие травмы, то может возникнуть боязнь сумасшествия.

---

#### ФАЗЫ РАБОТЫ С КЛИЕНТАМИ С ПТСС:

1. **Подготовка к работе.** Необходимо объяснить клиенту, что, если он захочет рассказать о травме, то он получит нашу поддержку, и это предотвратит образование симптомов. Это важно получить в первые сутки, до сна, чтобы тяжелые переживания не ушли в бессознательное. Особенно важно держать любой контакт с клиентом (глазами, словами: «Это невозможно выразить словами», «Если бы я коснулся вашей руки, что бы вы испытали»).
2. **Фаза воспроизведения фактов события. Цель:** Пригласить описать события, начиная с перечисления этапов и потерь. Где были? Что делали? Что переживали? Визуально, а аудиально, кинестетический? Какие запахи, какое чувство времени, каково было отсутствие связи с внешним миром? Как долго это происходило? Какая одежда, погода, время дня? Какой самый ужасный момент? Было ли ощущение

---

Программа обучения Транзактный Анализ в консультировании и терапии.

Базовый курс. Лекция 5 «Диагностика DSM»

Автор: Алла Далит СТА-Р

2016 год.



того, что кто-то изменит ситуацию? Кто-то виноват в этом? Как переживали родственники (или они потеряны)? **Цель:** Возврат к событиям и наполнение события.

3. **Обращение к мышлению. Цель:** Вспомнить первые и наиболее ясные мысли во время инцидента и те, которые возникли на стадии проговора. **Вопросы:** О чем вы думали, прежде чем начали действовать? Что думаете сейчас? Что вы вынесли из события? Есть ли опыт, который вы можете использовать в будущем? Есть ли что положительное в этом опыте? Надо осознать свой страх (агрессия может уйти от слов: «Как это тяжело»).
4. **Фаза чувств. Цель:** Определить наиболее травматичные элементы события, чтобы клиент осознал наиболее сильные эмоции и характер воздействия эмоций на него и его близких. Это эффект кругов по воде (видна степень интимности и родства). Необходимо показать, что это нормальная реакция на ненормальную ситуацию, а не знак сумасшествия. Невозможно остаться незатронутым и не реагировать. Что было тяжелее всего лично для вас? Как менялись чувства в течение события? На что похожа смена эмоций? Как они тогда влияли на вас? Рассматриваем физический, эмоциональный и социальный аспект изменений. Как чувствует себя сейчас? Должно быть визуальное описание, тактильное ощущение чувств (тело помнит: оно сдавлено, стиснуто, зажато), память тела как стремление к жизни. задача: Оценить в контексте травмы чувство вины и стыда, которые возникают обязательно. Это надо для их нормализации. Чувствовал ли он, что сделал что-то неправильно не вовремя? Иногда можно услышать: «Это бог меня наказал, это кара, надо что-то пересмотреть». Может возникать эмоциональная близость с человеком, совершающем насилие, с террористом. Это так называемый «стокгольмский синдром» из-за недоверия своих и уважения бандитов (так, разговор на арабском с террористами в «Норд-Осте» привел к уважительному отношению террористов к заложнику). Возникло чувство благодарности к ним, так как родные не ценили





знаний. Это происходит оттого, что бандиты и заложники переживают общую ситуацию (они могут объединяться против третьей силы, то есть договоримся и выживем).

**5. Фаза исследования симптомов. Цель:** Определить симптомы дистресса. Клиент описывает когнитивные, эмоциональные реакции и симптомы, которые переживались во время инцидента и после него (кашель, повышенная возбудимость, депрессия, алкоголь, таблетки, сон, навязчивые мысли). **Стадии работы:**

- проследить хронологический порядок реакции сразу после события, после 24 часов и в настоящее время;
- помочь клиенту осознать, что его реакции принимают различные формы: поведенческие, когнитивные, эмоциональные;
- помочь клиенту описать эти реакции, признать, что они развиваются во времени, описать изменения;
- консультант должен показать, что знание симптомов позволяет узнать их ближе и установить контроль над ними.

**Вопросы:** Переживали ли вы стресс после события? Каким образом и какие признаки этих реакций отыгрываются на уровне бытовых событий (беспорядочный секс, симптомы в течение времени могут принимать более причудливые формы – «Лучше бы я умерла тогда», появляются суицидные мысли, могут развиваться зависимости).

**Задачи консультанта:** Помочь клиенту создать контакт, позволить ему говорить об этих чувствах, вместо того, чтобы исполнять их. То есть надо проговаривать, а не заменять повреждающим действием. Идет растворение травмы через проговаривание.



6. **Фаза обучения. Цель:** Подчеркнуть нормальность клиента и его реакций, выработать способность справляться со стрессом. Если раньше не было серьезных расстройств, то его способность справляться со стрессом можно назвать самой здоровой: прогулки, спорт, новые запахи, звуки, способы отдыха, как известные, так и новые, окружение значимыми людьми, предметами. Если травма ложится на жизненный сценарий, то нужна более длительная терапия, так как сценарий усиливает травму. Но можно сменить сценарий, так как прежнее эмоциональное равновесие нарушено.
7. **Суммирование проведенной работы.** Самая успешная работа проводится в течение первых 24 часов (1-2 сессии). Если время, прошедшее после травмы, превысило 24 часа, то должно быть минимум 4 сессии, в которых надо разобрать четыре аспекта травматического опыта:

- 1) Рассказ о событиях в деталях.
- 2) Рассказ о чувствах.
- 3) Рассказ о мыслях.
- 4) Рассказ о симптомах.

Если есть мотивация на большее количество сессий, то разбираются детали. Идет изменение травмы вплоть до ее растворения и нормализации симптомов. Особое внимание следует уделить минимизации чувства вины и стыда, а также усилить способность справляться со стрессом на основании понимания происходящего, смысла симптомов и контроля над ними.

Это основные фазы работы с ПТСС.



## DSM-IV-TR И DSM-5 ГРУППИРУЮТ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ НА 3 КЛАСТЕРА:

- *Кластер А* (необычные, или эксцентричные расстройства)
  - Параноидное 301.0 (F60.0)
  - Шизоидное 301.20 (F60.1)
  - Шизотипическое 301.22 (F21)
- *Кластер В* (театральные, эмоциональные, или колеблющиеся расстройства)
  - Анти социальное 301.7 (F60.2)
  - Пограничное 301.83 (F60.3)
  - Истерическое 301.50 (F60.4)
  - Нарциссическое 301.81 (F60.81)
- *Кластер С* (тревожные и панические расстройства)
  - Избегающее 301.82 (F60.6)
  - Зависимое 301.6 (F60.7)
  - Обсессивно-компульсивное 301.4 (F60.5)

В DSM-5 выделяются также *другие расстройства личности*:

- Изменения личности вследствие другого медицинского состояния 310.1 (F07.0)
  - Лабильный тип, расторможенный тип, агрессивный тип, апатичный тип, параноидный тип, другой тип, смешанный тип, неуточнённый тип
- Другое уточнённое расстройство личности 301.89 (F60.89)
- Неуточнённое расстройство личности 301.9 (F60.9)