

Геннадий
Старшенбаум

ПСИХОЛОГИЯ.
ВЫСШИЙ КУРС

18+

САМАЯ ПОЛНАЯ ЭНЦИКЛОПЕДИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТА



КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Геннадий Старшенбаум
Самая полная энциклопедия
психотерапевта.
Клиническая психология
Серия «Психология. Высший курс»

Текст предоставлен правообладателем
<https://litres.ru/63636251>

Самая полная энциклопедия психотерапевта. Клиническая психология:
АСТ; Москва; 2021
ISBN 978-5-17-134630-0

Аннотация

Перед вами – современное практическое руководство по диагностике и психотерапии психических расстройств. Его автор – профессор Московского института психоанализа Г. В. Старшенбаум, психиатр-психотерапевт высшей квалификации, перу которого принадлежат признанные читателями и научным сообществом учебно-практические руководства по различным разделам психотерапии. Руководство соответствует стандартам Международной классификации болезней 11-го пересмотра МКБ-11 (с учетом обновлений, вступающих в силу в 2022 году) и дополнено сведениями из DSM-5 (Справочника по диагностике и статистике психических расстройств

Американской психиатрической ассоциации).

В книге приведены диагностические критерии расстройств, описаны их клиника и течение, проанализирована психодинамика и указаны методы психотерапии, материал дополнен клиническими иллюстрациями. Руководство снабжено словарем специальных терминов, приводится библиография на русском языке за последние 20 лет.

В формате PDF А4 сохранен издательский макет книги.

Содержание

Основные принципы МКБ-11	8
Общие вопросы психотерапии	13
Когнитивно-поведенческая терапия	14
Суггестивная терапия	20
Психоанализ	29
Экзистенциально-гуманистический подход	33
Групповая терапия	38
Тренинговые группы	39
Конец ознакомительного фрагмента.	46

Геннадий Владимирович Старшенбаум Самая полная ЭНЦИКЛОПЕДИЯ психотерапевта

Клиническая психология

Геннадий Владимирович Старшенбаум – практикующий психиатр-психотерапевт высшей категории, кандидат медицинских наук. Много лет проработал в качестве психотерапевта, заведующего психоневрологическим диспансером, наркологическим отделением и отделениями пограничных состояний, заместителя главного врача психиатрической больницы по лечебной части, руководителя отдела суицидологии Московского НИИ психиатрии. В настоящее время является профессором Института Психоанализа, где ведет, в частности, курс «Общая психопатология и психодинамическая психиатрия».

Им опубликован ряд научных монографий и учебно-практических руководств: «Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия», «Аддиктология: психология и психотерапия зависимостей», «Суицидология и кризисная пси-

хотерапия», «Психосоматика и психотерапия», «Психологический тренинг», «Энциклопедия начинающего семейного психолога», «Большая энциклопедия начинающего психолога» и др.

Новая книга Г. В. Старшенбаума «Клиническая психология и психотерапия» обобщает и систематизирует материал, изложенный в перечисленных изданиях. Описаны клинические особенности, диагностические критерии, течение и психодинамика расстройств, приведены соответствующие методы психотерапии, в том числе – разработанные автором. Книга проиллюстрирована большим количеством случаев из практики и снабжена словарем специальных терминов. Сочетание клинического, психологического и психотерапевтического подхода, индивидуализированный выбор терапии на основе дифференциальной диагностики и анализа глубинных механизмов психического расстройства делают это руководство настольной книгой как для студентов, так и для опытных специалистов.

Учащимся оно поможет усвоить материал и сдать экзамены по психиатрии. Профессионал найдет в нем самые современные данные о психических расстройствах и методах дифференцированной клинической психотерапии. Человек, интересующийся проблемами душевной жизни, получит возможность заглянуть в свои самые таинственные уголки и тем самым лучше понять себя и других людей.

В качестве стержневой оси построения руководства

использована Международная Классификация Болезней МКБ-11, которая будет введена в практику с 1 января 2022 года. Теоретической основой руководства является психоанализ, поэтому все расстройства рассматриваются через призму DSM-5 – последней редакции Справочника по диагностике и статистике психических расстройств Американской психиатрической ассоциации, еще не переведенного на русский язык.

Структура книги подчинена единому принципу: каждая тема начинается с диагностики расстройства, затем описываются его клинические и психодинамические особенности, приводятся современные методы психотерапии и в заключение анализируется клинический случай.

E-mail:star.39@mail.ru

Основные принципы МКБ-11

На смену Международной классификации 10-го пересмотра МКБ-10, принятой в 1992 г., пришла МКБ-11 (ICD-11 MMS: ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics). В основу класса «Расстройства психики, поведения и нейроразвития» в МКБ-11 положено Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го пересмотра Американской психиатрической ассоциации DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.).

В соответствии с МКБ-11 расстройства психики, поведения и нейроразвития характеризуются клинически значимыми нарушениями в познании человека, его эмоциональной регуляции или поведении, которые отражают дисфункцию в психологических или биологических процессах или процессах развития, лежащих в основе психического и поведенческого функционирования. Эти нарушения, как правило, связаны со стрессом или нарушениями в личных, семейных, социальных, образовательных, профессиональных или других важных областях функционирования.

Диагностические категории в МКБ-11 упорядочены с точки зрения их развития: расстройства нейроразвития располагаются в начале, а завершают классификацию нейрокогнитивные расстройства, которые представляют собой сниже-

ние ранее достигнутого уровня функционирования.

Расстройства сгруппированы на основе предполагаемых общих причин (например, расстройства, связанные со стрессом), а также внешних проявлений (например, диссоциативные расстройства). Для диагностики расстройства требуется нарушение функционирования в личной, семейной, социальной, учебной, рабочей и других областях жизни. Учитывается степень тяжести: легкая, умеренная, тяжелая. Во многих случаях вводится уточнение: с психотическими нарушениями или без них.

В соответствии с подходом МКБ-11, нацеленным на весь жизненный период, в книге отсутствует выделение детских расстройств. Например, расстройства питания и приема пищи объединены в знак признания взаимосвязи этих расстройств на протяжении всей жизни. На этом же основании эмоциональные расстройства детского возраста включены в группу тревожных или связанных со страхом расстройств.

Не используется устаревшее категоричное разделение между соматическими и психогенными, органическими и неорганическими расстройствами. Акцент делается на внутренней картине болезни. Так, ипохондрия диагностируется не по отсутствию медицинских доказательств, а по наличию страха перед болезнью. Агорафобия (греч. *agora* – площадь) вопреки названию описывается не как страх открытых пространств, в которых проявляются симптомы расстройства, а как страх не вырваться из людской толпы, не получить необ-

ходимую помощь или опозориться.

Для диагностики анорексии не требуется наличия выраженного эндокринного расстройства, потому что последнее наблюдается не во всех случаях анорексии и, даже если признаки его присутствуют, это является следствием низкого веса, а не отличительной чертой расстройства. Диагноз нервной булимии не требует приступов переедания и может быть диагностирован на основе того, что человек обеспокоен потерей контроля за приемом пищи независимо от того, сколько он съел на самом деле.

Устранены все подтипы шизофрении и личностных расстройств из-за отсутствия у них прогностической достоверности или пользы в выборе лечения. Химические зависимости рассматриваются не как следствие употребления психоактивных веществ, а в контексте аддиктивного процесса. В группу аддиктивных расстройств включено игровое расстройство на основании общих патофизиологических механизмов и клинического течения.

Из класса «Расстройства психики, поведения и нейроразвития» выведены в качестве самостоятельных классов расстройства сна-бодрствования и состояния, относящиеся к сексуальному здоровью: сексуальные дисфункции, гендерное несоответствие и парафилии.

Сравнительная характеристика рубрик МКБ-10, DSM-5 и МКБ-11

МКБ-10	DSM-5	МКБ-11
<p>Умственная отсталость. Нарушения психологического развития. Гиперкинетические расстройства. Тикозные расстройства. Стереотипные двигательные расстройства</p>	<p>Расстройства нейроразвития</p>	<p>Расстройства нейроразвития</p>
<p>Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства</p>	<p>Расстройства шизофренического спектра и другие психотические расстройства</p>	<p>Шизофрения или другие первичные психотические расстройства. Кататония</p>
<p>Аффективные расстройства</p>	<p>Биполярные и связанные с ними расстройства. Депрессивные расстройства</p>	<p>Расстройства настроения</p>
<p>Тревожно-фобические и другие тревожные расстройства. Эмоциональные расстройства детского возраста</p>	<p>Тревожные расстройства</p>	<p>Тревожные или связанные со страхом расстройства</p>
<p>Обсессивно-компульсивное расстройство</p>	<p>Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства</p>	<p>Обсессивно-компульсивные или сходные расстройства</p>

Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	Расстройства, связанные с психическими травмами и стрессорами	Расстройства, непосредственно связанные со стрессом
Диссоциативные расстройства	Диссоциативные расстройства	Диссоциативные расстройства (включена деперсонализация-дереализация)
Расстройства приема пищи. Расстройство питания в раннем детском возрасте	Расстройства питания и приема пищи	Расстройства питания и приема пищи
Неорганический энурез. Неорганический энкопроз	Расстройства выделения	Расстройства выделения
Соматоформные расстройства. Неврастения	Расстройства, связанные с соматическими симптомами	Расстройства соматических ощущений или телесного дискомфорта
Психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ	Связанные с веществами и аддитивные расстройства	Расстройства, обусловленные употреблением психоактивных веществ или аддитивным поведением
Расстройства привычек и влечений	Расстройства разрушения, нарушения контроля импульсов и действий	Расстройства контроля импульсов
Оппозиционно-вызывающее расстройство у детей и подростков	Расстройства разрушения, нарушения контроля импульсов и действий	Расстройства разрушительного или диссоциального поведения
Расстройства личности и поведения у взрослых	Расстройства личности	Расстройства и акцентуации личности
Парафилии	Парафильные расстройства	Парафильные расстройства
Симулятивное расстройство	Имитационное расстройство (включено в «Расстройства, связанные с соматическими симптомами»)	Имитационное расстройство
Органические психические расстройства	Нейрокогнитивные расстройства	Нейрокогнитивные расстройства
Расстройства сна неорганической природы	Расстройства сна-бодрствования	Раздел «Расстройства сна-бодрствования»
Передовые дисфункции	Сексуальные дисфункции	В разделе «Состояние ст...

Общие вопросы психотерапии

Дж. Мармор (1998) выделяет семь общих знаменателей различных терапевтических подходов:

- 1) хорошие отношения и сотрудничество между терапевтом и пациентом;
- 2) ослабление напряжения на начальной стадии, связанное с надеждой на получение помощи;
- 3) получение информации от терапевта;
- 4) оперативное изменение поведения за счет одобрения или неодобрения терапевта;
- 5) приобретение социальных навыков на модели терапевта;
- 6) убеждение и внушение, в том числе скрытое;
- 7) тренинг навыков адаптации при условии эмоциональной поддержки терапевтом.

Когнитивно-поведенческая терапия

Целью когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) является коррекция неадекватных когниций (понятий, значений). Главными задачами при этом становятся осознание правил неверной обработки информации и замена их на правильные. От пациента требуется безусловное принятие положения: «Чтобы изменить чувства, надо изменить вызвавшие их идеи».

Операционализация поведения позволяет очень четко определить проблему и осуществить анализ поведения, представив его в виде цепи отдельных операций. *Функциональный анализ* предполагает отслеживание последовательности событий и осуществляется по трехчленной формуле: предыстория; результирующее поведение; последствия данного поведения.

Самым распространенным подходом является *оперантное обусловливание*, когда используемые подкрепители могут быть материальными или социальными. При этом похвала и внимание могут оказаться столь же эффективными, как деньги или сладости.

Оперантные техники подразделяются на формирование, использование символических наград, заключение взаимовыгодных контрактов, управление ситуацией и таймаут. *Формирование* состоит из подкрепления изменений

небольшими шагами, которые постепенно приближают к намеченной цели. Использование символических наград означает, что для поощрения ребенка за успешное поведение используется система баллов.

Заключение взаимовыгодных контрактов включает соглашение с родителями о принятии необходимых изменений вслед за изменениями, происшедшими у их детей. *Управление ситуацией* заключается в использовании или прекращении использования наград и наказаний в зависимости от поведения ребенка. *Тайм-аут* – это наказание, при котором детей заставляют стоять в углу или отправляют в свою комнату.

Техники *респондентного обусловливания* включают модификацию физиологических реакций. Здесь наиболее часто используются систематическая десенсибилизация, тренинг уверенности в себе (ассертивный тренинг), терапия по выработке отвращения (аверсивная терапия) и секстерапия.

Систематическая десенсибилизация – это постепенное погружение в воображаемую проблемную ситуацию в состоянии безопасности и релаксации. *Ассертивный тренинг* направлен на выработку умений выдвигать требования, отказываться и критиковать, смело устанавливать контакт, открыто обращать внимание на себя, собственные цели и интересы и позволять себе ошибаться. *Аверсивная терапия* заключается в формировании рефлекторной реакции отвращения на дисфункциональный ранее привлекательный возбудитель.

Всекстерапии подбирают ориентированную на данную пару программу упражнений для перехода от оргазмоцентрического подхода к межличностному, повышения уверенности в своем праве на чувственное удовольствие, улучшения контроля над собственными ощущениями и обратной связи в процессе полового акта, ликвидации тревожного ожидания неудачи.

Когнитивно-аффективные техники включают прерывание мыслей, рационально-эмоциональную терапию, моделирование А. Бандуры, когнитивную реатрибуцию и самомониторинг.

Прерывание мыслей состоит в осознании и волевой остановке дисфункциональной мысли. *Рационально-эмоциональная терапия* А. Эллиса включает в себя личностную оценку события, выявление иррациональных установок по отношению к нему и их сознательную коррекцию. После этого проблемная ситуация многократно моделируется для тренировки контроля эмоций и формирования конструктивных установок.

В *моделировании Бандуры* применяются следующие приемы:

1. Пациент в состоянии релаксации при закрытых глазах подробно описывает вслух стрессовую ситуацию.
2. Психотерапевт подготавливает альтернативное решение проблемы.
3. Пациент осуществляет дома выборочную пробу пере-

живаний.

4. Достигнутые результаты описываются в дневнике и обсуждаются с психотерапевтом.

5. Пациент заучивает вслух альтернативный диалог, предложенный психотерапевтом.

Когнитивная реатрибуция – это процесс активного изменения дезадаптивных паттернов мышления и замещения их конструктивными мыслями и установками. Психотерапевт помогает пациенту выявить несостоятельные когниции, например необоснованные представления о своем супруге или ребенке, которыми пациент привычно обосновывает свое чувство враждебности или вины и неполноценности. Эта цепочка представлений замещается реалистичным, более содержательным и многосторонним представлением, здравыми суждениями. Новые атрибуты закрепляются в дискуссии, ролевой игре, в повседневной жизни.

Самомониторинг – это наблюдение и регистрация собственного поведения, которое человек хочет изменить. Чтобы научить клиента самомониторингу, терапевт вначале демонстрирует образец самомониторинга сам, затем пациент практикует самомониторинг под наблюдением и с предоставлением обратной связи от терапевта.

Нарративная терапия заключается в том, что клиент осмысливает и выстраивает свою жизнь на основе нарративов – историй, которые ему рассказывали и которые он сам

рассказывает о мире и себе. В стратегии нарративной психотерапии выделяют три стадии. На первой стадии психотерапевт имеет дело с проблемным нарративом, причем его мало интересуют причины проблемы. Далее он выявляет исключения: частичные победы над неприятностями и примеры эффективных действий. И наконец, это поддержка. Терапевт поощряет проиграть ситуацию как движение к социально поддерживаемому действию.

Тактика нарративной психотерапии предполагает использование тщательно разработанной серии вопросов.

1. Деконструктивные вопросы экстернализируют проблему, выводят ее вовне: «Что вам нашептывает депрессия?», «К каким выводам вы пришли из-за данной проблемы?».

2. Вопросы, открывающие новое пространство; они выявляют уникальные эпизоды: «Бывали ли времена, когда проблема могла бы испортить вашу жизнь, но ей это не удалось?»

3. Вопросы предпочтения помогают убедиться в том, что уникальные эпизоды представляют собой предпочтительный опыт: «Улучшил иной образ действий положение вещей или ухудшил?», «Было это положительным или отрицательным событием?».

4. Вопросы о развитии повествований, цель которых – создать новое повествование на основе предпочтительных уникальных эпизодов: «Чем это отличается от того, что вы сделали бы прежде?», «Кто сыграл роль в формировании тако-

го образа действия?», «Кто первым заметит произошедшие в вас положительные изменения?».

5. Вопросы о смысле задаются для того, чтобы можно было преодолеть негативный взгляд на себя и подчеркнуть положительные стороны: «О каких ваших особенностях говорит тот факт, что вы сумели справиться с этим?»

6. Вопросы, способствующие перенесению повествования на будущее, предназначены для того, чтобы поддержать изменения и подкрепить позитивное развитие: «Каким вам видится наступающий год?»

Суггестивная терапия

Л. Вольберг (Wolberg, 1980) описывает четыре этапа краткосрочной гипно-суггестивной психотерапии.

1. Поддерживающая фаза, во время которой достигается гомеостаз благодаря «заживляющему» влиянию отношений с терапевтом, плацебо-эффекту терапевтического процесса (ожиданию улучшения) и облегчающему эффекту катарсиса (эмоционального отреагирования).

2. Апперцептивная фаза, характеризующаяся способностью к пониманию, даже минимальному, смысла симптомов в терминах актуального конфликта, основных личностных потребностей и психологических защит.

3. Фаза действий, заключающаяся в изменении определенного невротического паттерна, проявляющемся затем в различной перспективе.

4. Интегративное переучивание, которое происходит после окончания терапии на основе цепи реакций, начавшейся во время терапии.

Для ускорения терапевтического процесса автор применяет следующие процедуры.

- Установление раппорта (безусловного доверия к терапевту).
- Описание области проблемы как фокуса для вскрытия.

- Выделение с клиентом рабочей гипотезы о психодинамике его трудностей.
- Интерпретация сновидений.
- Максимально быстрое преодоление сопротивления.
- Выделение в качестве терапевтических мишеней таких симптомов, как чрезмерное напряжение, тревога и подавленность, навязчивые страхи и иррациональные убеждения.
- Обучение клиента достижению инсайта как корригирующей меры.
- Составление клиентом плана действий для достижения желаемых изменений.
- Поиск элементов переноса и разрешение его прежде, чем он укрепитя.
- Поддержка развития жизненной философии.

М. Эриксон (2013) описывает четыре метода краткосрочной гипнотерапии.

1. Замена симптома: пациент представляет ситуацию, в которой невозможна коррекция вызывающей причины, а терапевт заменяет нарушение функции сравнительно безобидным симптомом, который принимается пациентом.

2. Трансформация симптома: терапевт использует невротическое поведение, трансформируя личностные намерения, которые оно изначально обслуживало, без коренного изменения самой симптоматики.

3. Улучшение симптома: терапевт оставляет весь син-

дром, но смягчает его.

4. Коррекция эмоциональных реакций: пациент включается в интенсивные эмоциональные проблемы, терапевт создает атмосферу для изменений эмоциональных реакций.

М. Эриксон разработал способы наведения транса, которые делают психотерапевта более похожим на пациента и формируют у пациента бессознательное ощущение, что психотерапевт «свой», создают между ними лучший контакт и доверие. Чаще всего используются подстройки по телу (поза и жесты), подстройки по дыханию, по используемому в общении словарю, по голосу и речи, по ценностям.

Применяются следующие способы наведения транса.

- Вербализация – словесное обозначение наблюдаемых двигательных и вегетативных реакций пациента.
- Невербальная подстройка – синхронизация дыхания, ритма речи и раскачиваний терапевта с ритмом дыхания пациента.
- Невербальное ведение – замедляя свое дыхание и речь, терапевт замедляет и ритм дыхания пациента.
- Последовательное наложение сенсорно-репрезентативных систем (осязательной, слуховой, зрительной): «Вы чувствуете...», «Отчетливо слышите мой голос...», «Перед вашим мысленным взором...» и т. д.
- Воспроизведение предшествующего транса – воссозда-

ние и закрепление воспоминаний трансовых состояний, возникавших при езде в транспорте и в других естественных условиях.

- Метод «якоря» – на первом сеансе формируется рефлекс: «якорь» (усаживание в кресло, прикосновение терапевта и т. п.) и наведение транса.
- Описание обычно наблюдающихся реакций при погружении в транс.
- Рычажное поведение – пациенту предлагают вытянуть руку перед собой и связывают постепенное опускание руки с погружением в транс.
- Разрыв шаблона – целенаправленно прерываемое автоматизированное действие ведет к мгновенному трансу (например, терапевт приветственным жестом протягивает к пациенту руку, но перед рукопожатием отводит ее).
- Метод перегрузки – в быстром темпе подаются противоречивые инструкции, приводящие пациента в замешательство, после чего формулировки становятся более упорядоченными и способствуют установлению раппорта (гипнотической связи).
- Двойное наведение – по другую сторону от пациента находится ассистент, пациент слышит одновременно два текста внушения транса – то параллельных, то расходящихся по содержанию; транс наступает через 1–2 минуты.

Ассистент контролирует ситуацию при возникновении

неизбежных трансовых состояний у ведущего терапевта. Это способствует раскрепощению интуиции гипнотерапевта, повышению его сенсорной восприимчивости и подсознательной подстройки к пациенту.

Взамен директивных формул, классической гипнотерапии, направленных на устранение или ослабление симптомов, используются расплывчатые формулировки, позволяющие клиенту интуитивно наполнять их наиболее полезным для себя содержанием.

Доступ к скрытым ресурсам обеспечивают приемы отождествления с «образом достижения», «путешествие во времени», «наложение образов». Широко используется рассказывание пациенту, находящемуся в состоянии легкого транса, историй со «встроенными сообщениями и командами», которые выделяются голосом, жестом или прикосновением.

Гипнотерапия остается высокоэффективным методом лечения диссоциативной амнезии, диссоциативного расстройства идентификации (расстройства множественной личности), заикания, энуреза, курения, булимии и ожирения, соматоформных расстройств, психосоматических болезней, сексуальных дисфункций, а также применяется для снятия болевого синдрома и тревоги в акушерстве, когда фармакологические средства могут повредить плоду. В Германии гипноз применяют в стоматологии.

У истероидных личностей при гипнотизации возможны

такие осложнения, как возбуждение, припадки, спонтанный сомнамбулизм, потеря раппорта, переход сомнамбулизма в непробудный сон (гипнотическую летаргию). Описана также невротическая гипномания (зависимость от гипнотического состояния, напоминающая наркотическую) и гипнофобия (навязчивый страх гипноза). У пограничных личностей может развиваться некритический эротический перенос. У параноидных пациентов могут усилиться идеи воздействия. Нарциссические и шизоидные пациенты впадают в выраженную зависимость от гипнотерапевта, приписывают ему всемогущество.

Соматические больные нередко отказываются от необходимых лекарств и позволяют себе чрезмерные физические нагрузки, что приводит к усложнению основного заболевания. Прекращение гипнотерапии может сопровождаться синдромом отмены (абстиненции) с колебаниями настроения от тоски до агрессии, обострением первичной симптоматики, а в отдельных случаях – развитием острых психотических состояний.

Большинство описанных отрицательных последствий гипнотерапии возникает вследствие недостаточной профессиональной компетентности гипнотерапевта, поэтому не так давно гипнотерапией могли заниматься лишь прошедшие соответствующую специализацию врачи (как правило, психиатры).

Ассистентка стоматолога вводит в транс пациентку и

в заключение внушает:

– Если вы почувствуете боль, ваша рука сама поднимется.

К креслу пациентки подходит врач, ее рука поднимается и обхватывает его мужское достоинство.

Пациентка произносит сонным голосом:

– Доктор, мы же не будем делать друг другу больно?

Аутотренинг (АТ) по сравнению с гипнотерапией требует более активной установки клиента, исключает его зависимость от терапевта. Подразумевается, что человек по собственному желанию может управлять своим бессознательным, достаточно лишь подсказывать ему нужные формулы самовнушения.

Лечебный механизм аутотренинга связан с развивающейся в результате мышечной релаксации нейтрализацией стрессового состояния и уменьшением общей тревожности. Выделяют две ступени АТ: низшая АТ-1 (вегетативная саморегуляция) и высшая АТ-2 (аутогенная медитация, психическая саморегуляция в состоянии транса).

АТ-1 состоит из шести стандартных упражнений, которые выполняются в позе кучера на облучке, полулежа или лежа:

- 1) тяжесть в конечностях;
- 2) тепло в конечностях;
- 3) регуляция сердечного ритма;
- 4) регуляция дыхательного ритма;
- 5) тепло в области живота;

б) прохлады в области лба.

Работа над каждым упражнением занимает примерно две недели, весь курс АТ-1 длится около 3 месяцев. Упражнения выполняются путем мысленного повторения соответствующих формул самовнушения. Х. Клейнзорге и Г. Клюбмиес (1965) внедрили в терапевтическую практику направленную органотренировку – модификацию АТ-1 для определенных психосоматических расстройств.

Упражнение «Покой» уменьшает мышечное напряжение, успокаивает и улучшает сон, «Сосуды» – снижает давление, «Сердце» – улучшает кровообращение миокарда и восстанавливает сердечный ритм, «Легкие» – помогает при бронхиальной астме, «Живот» – при нарушениях пищеварения, выделения и половых расстройствах, «Голова» – при головной боли, мигрени, гипотонии. Эти упражнения в авторской модификации удобно использовать с помощью моей аудиокниги «Психосоматика и психотерапия».

АТ-2 является по сути аутопсихоанализом в состоянии медитации и состоит из семи упражнений «высшей школы» И. Шульца: фиксация спонтанных цветовых представлений; вызывание определенных цветовых представлений; визуализация конкретных предметов; сосредоточенность на зрительных образах – символах абстрактных понятий; концентрация пассивного внимания на произвольно вызываемых эмоционально значимых ситуациях; вызывание образов других людей; «ответ бессознательного» на вопросы «Чего я

хочу?», «В чем моя проблема?» и т. п. Бессознательное отвечает потоком образов, в которых пациент видит себя со стороны в различных ситуациях. В результате наступают катарсис и аутогенная нейтрализация, то есть излечение. Эти и другие методы работы с образами подробно изложены в моей книге «Психоанализ сновидений».

– Теперь мой сын занимается медитацией. Я, правда, не знаю, что это такое, но, во всяком случае, лучше уж медитировать, чем сидеть сложа руки.

Психоанализ

Психоанализ рассматривает человека как управляемого своими инстинктами к жизни и смерти. Причина заболевания видится в подавлении Суперэго сексуальных и враждебных инфантильных влечений. Цель терапии состоит в превращении бессознательного в сознательное, преодолении детской амнезии, раскрытии вытесненных воспоминаний. В современной психодинамической терапии используется ранняя интерпретация переноса, проводится его анализ в течение всего лечения, бессознательные конфликты переводятся в терминологию объектных отношений. Внимание больше фокусируется на эмоциональном опыте пациента, повышается значение анализа контрпереноса и контрсопротивления терапевта. Меньше внимания уделяется генетическому (историческому) материалу, особенно на ранних стадиях работы. Изменяется акцент с формирования невроза переноса на его разрешение. В связи с этим интерпретируется сопротивление разрешению переноса, в том числе смещение внимания вовне и в прошлое, анализируются трансферентные остатки и проблема замещения аналитика.

Перенос – восприятие вместо реального человека какой-то значимой фигуры из своего прошлого. Благодаря раппорту клиент воспринимает терапевта как родительскую фигуру, в гипнозе он бездумно выполняет внушения суггесто-

ра, этому могут помешать его самовнушения. В гипнозе они недоступны контролю терапевта, а в психоанализе дело облегчает сознательный диалог.

Невроз переноса воспроизводит детско-родительский конфликт клиента в процессе анализа. Например, в эдиповом конфликте инцестуозные импульсы блокировались страхом инцеста и кастрации. Оживлению этого конфликта способствует фрустрация, отказ аналитика безмерно удовлетворять перенапряженную потребность клиента в самоотверженной любви со стороны родительской фигуры. Терапевтическая работа переносится в сферу выявления, осмысления и преодоления невроза переноса.

Клиенты с пограничной и нарциссической личностной организацией демонстрируют не перенос, а отыгрывание в переносе, которое является и стилем взаимоотношений с терапевтом, и стилем защиты от базовой тревоги и депрессии. Клиент ничего не вспоминает, но повторяет, «отыгрывает» вытесненные переживания в переносе. Если же повторяющиеся аффективные реакции пациента не находят разрядки в отыгрывании в переносе, они ведут к оживлению чувств и воспоминаний, что приводит к стадии проработки базовой тревоги и депрессии.

Интерпретация – расшифровка смысла чего-то сложного для понимания клиента, процесс разъяснения и толкования полуосознанного материала. Хорошая интерпретация вызывает удовлетворение: «Я знаю, что ты знаешь, что

я знаю».

Инсайт (insight – англ. прозрение, озарение) – осознание и изменение мотивов защитного поведения. Интеллектуальный инсайт – способность понимать, грамотно формулировать свою симптоматику и держать под контролем эмоционально заряженный материал. Эмоциональный инсайт – способность ощутить такой материал «до глубины души».

Сопротивление – противодействие осознанию бессознательного материала в процессе психоанализа, неприятие интерпретаций аналитика. З. Фрейд (Freud, 1926) выделил пять видов сопротивлений, исходящих из Я, Оно и Сверх-Я. Из Я исходят три вида сопротивлений, выражающихся в форме вытеснения, переноса и выгоды от болезни. Из Оно – четвертый вид сопротивления, связанный с навязчивыми повторениями и требующий для его устранения тщательной проработки. Из Сверх-Я – пятое сопротивление, обусловленное сознанием вины, чувством вины или потребностью в наказании и противящееся всякому успеху, в том числе и выздоровлению с помощью анализа.

Для преодоления сопротивления З. Фрейд (Freud, 1910) рекомендует выполнить два условия. Во-первых, благодаря соответствующей подготовке пациент сам должен был подойти к забытому травматическому материалу. Во-вторых, он должен настолько осуществить перенос на врача, что его чувства к врачу сделают невозможным новое бегство в болезнь.

Контрперенос – перенос аналитика на клиента. Для начинающих аналитиков характерны следующие типы контрпереносных реакций.

- Реалистичная реакция-ответ (симпатия к привлекательной клиентке, робость перед агрессивным клиентом).
- Реакция на перенос (клиент соблазняет психолога и вызывает у него возбуждение и испуг; клиент льстит психологу и провоцирует его напыщенность).
- Реакция-ответ на материал, вызывающий затруднения у психолога (клиент переживает горе, а психолог сам еще не оправился от смерти близкого человека).
- Характерологические реакции-ответы психолога (соперничество с клиентом своего пола, потребность в восхищении клиента другого пола).

Встречаются два психоаналитика:

– Говорят, ты женился? На ком?

– Да, женился. Правда, она грязнуля, некрасивая и готовить не умеет – но зато какие видит сны!

Экзистенциально- гуманистический подход

Основные положения экзистенциально-гуманистического направления таковы (А. Е. Айви и др., 1999).

- Мы существуем в мире.
- Наша задача – постичь смысл этого.
- Мы познаем себя в отношениях с миром, в частности, через отношения с другими людьми.
- Тревожность есть либо результат отсутствия этих отношений с самим собой, с другими, с миром в целом, либо неудач в выборе и принятии решений.
- Мы ответственны за то, как мы конструируем мир.
- Хотя мир есть то, что взаимодействует с нами, мы сами решаем, что значит этот мир, и именно мы придаем ему упорядоченность.
- Задача психотерапевта – как можно полнее понять мир клиента и поддержать его во время принятия решения.

Экзистенциальная терапия по И. Ялому (2000) преследует следующие цели: 1) стать честным по отношению к себе; 2) расширить свое видение личных перспектив и окружающего мира в целом и 3) прояснить, что придает смысл настоящей и будущей жизни. Ключевыми понятиями терапии служат: самосознание, самоопределение и ответственность,

одинокость и взаимосвязь с другими, поиск аутентичности и смысла, экзистенциальная тревога, смерть и небытие.

Основными задачами экзистенциальной терапии являются:

- расширение границ сознания и самопонимания;
- принятие ответственности за свою жизнь;
- развитие способности любить других и разрешать себе быть любимым;
- развитие способности радоваться жизни без чувства вины;
- развитие способности свободно выбирать и рисковать, принимая неизбежность переживания тревоги и вины;
- развитие чувства бытия;
- увеличение осмысленности жизни;
- развитие способности ориентироваться в реальном времени жизни.

В основе каждой терапевтической беседы лежит экзистенциальный парадокс в разных проявлениях: «жить – это умирать», «решиться на одно действие – значит, пропустить все другие возможности» и т. д. Терапевт исследует вопросы смысла и действия в окружающем мире, уделяя особое внимание взглядам клиента на мир. Необходимо помнить, что поиски смысла могут усилить тревожность и стать стрессообразующим фактором для человека с хрупкой психикой.

Принятие означает, что клиент имеет право чувствовать

и думать по-своему, и это не должно мешать сохранять к нему интерес и симпатию, даже когда терапевту не нравятся какие-то особенности его поведения. Принять неприятные стороны клиента – значит расширить самопринятие.

Парадоксальное предписание должно быть сформулировано по возможности в юмористической форме, при этом сталкиваются и взаимно нейтрализуются страх перед гиперболизированной опасностью и ирония по поводу доведенной до гротеска тревожной реакции. Парадоксальное намерение построено на том, что пациент должен захотеть, чтобы осуществили (при фобии) или чтобы он сам осуществил (при obsессии) то, чего он так опасается. Метод мобилизует возможности человека к самоотстранению и существенно помогает при лечении тревожной ипохондрии. Парадоксальные техники обладают очень мощным воздействием, и их нужно использовать с осторожностью.

Большое значение придается **терапевтическим метафорам**, что снижает сопротивление. Учитываются опасности **блокировки** процесса:

- вопросы, позволяющие терапевту лучше понять проблему (они приводят к интеллектуализации);
- любые версии, интерпретации, диагнозы (тогда ведущим становится терапевт);
- выбор темы терапевтом (давление на клиента);
- переключение внимания на собственный опыт (не является эмпатическим сопровождением клиента).

Сопротивление воспринимают как проявление силы и стремления к независимости. Однако выраженное упорное сопротивление, как и быстрое появление ярких признаков регресса с примитивными защитами, указывает на то, что клиенту или нужно больше поддержки, чем предусматривает экзистенциально-гуманистический подход, или требуется психодинамическая психотерапия.

Отличительной особенностью экзистенциально-гуманистической терапии является **личностная включенность терапевта** в отношения с клиентом, фокус на переживании «здесь – сейчас – с нами». Экзистенциальный терапевт не изучает клиента, не лечит его и не учит, а проживает с ним вместе час жизни, будучи самим собой, чтобы помочь и ему познать себя самого.

Терапевт должен осознавать, что блокирует его полное присутствие. Обычно это тревога, связанная с реальным противостоянием между двумя людьми, и самый удобный для профессионала способ защититься от нее – техничный взгляд на человека. Экзистенциальный терапевт должен быть зрелым человеком, стремящимся к полноте жизненных переживаний, прошедшим интенсивную супервизию и тренинги. Специалист со смутным представлением об этом подходе обманывает себя и своих клиентов и может представлять для них опасность.

Подробнее о методах индивидуальной психотерапии см.

мою книгу «Психотерапия для начинающих».

Большинство людей в действительности не хотят свободы, потому что она предполагает ответственность, а ответственность большинство людей страшит.

З. Фрейд

Групповая терапия

Групповая терапия, как и индивидуальная, базируется на трех основных теоретических подходах. Поведенческий тренинг помогает аддиктам усилить самоконтроль в ситуациях искушения, тренинг социальной компетентности повышает уверенность в себе. Психоаналитический подход является теоретической основой группового психоанализа, трансактного анализа, психодрамы. На гуманистическом подходе основана идеология групп встреч, экзистенциальных и гештальт-групп.

Тренинговые группы

В каждом занятии можно выделить следующие этапы:

- 1) постановка задачи, то есть определение поведения, которое нуждается в коррекции и тренинге;
- 2) инструктаж и обучение участников исполнению сцены запланированной ситуации;
- 3) разыгрывание ситуации;
- 4) моделирование желательного поведения;
- 5) отработка оптимального поведения в течение всего занятия;
- 6) получение обратной связи – поведение активных участников разыгрываемой сцены в конце занятия обсуждают остальные участники группы;
- 7) перенесение навыков из учебной ситуации в реальную жизненную обстановку. **Репетиция поведения** представляет собой методику ролевого проигрывания жизненных ситуаций. Группа обычно начинает с легких ситуаций, актуальных для большинства участников, и постепенно переходит ко все более сложным. Ключевыми компонентами методики являются моделирование, инструктаж и подкрепление.

Моделирование – это формирование лучшего способа поведения каждого участника группы в его конкретной ситуации.

Инструктаж включает советы, обратную связь и поддержку руководителя группы, который помогает участникам найти оптимальный выход из трудной ситуации.

Подкрепление – это одобрение или неодобрение той или иной формы поведения участника всей группой или руководителем.

Ролевые игры широко используются как дополнительные элементы в рамках поведенческой и разговорной терапии, как дидактический метод (в учебных заведениях, при супервизии и в балинтовской группе).

Спонтанные игры возникают в группе, уже имеющий определенный опыт в проведении ролевого тренинга. Участники по собственной инициативе разыгрывают актуальную групповую ситуацию в соответствии со сложившейся социальной иерархией.

Тематически-центрированные игры посвящены определенным темам, важным для данного состава участников. Примерный перечень тем устанавливается в начале курса, при необходимости группа вносит в него коррективы. Выделяют тематические циклы: детство и фантазии; особенности характера, принципы, эмоции; интересы, мотивы и ситуации; межличностные отношения, секс и семья.

Конфликт-центрированные игры эффективны при проработке микросоциальных конфликтов – между пациентами клиники и персоналом, учащимися и преподавателями, со-

трудниками фирмы и администрацией и т. п.

Личностно-центрированные игры фокусируются на проблеме отдельного участника, например семейном конфликте. Обмен ролями дает ему возможность лучше понять позиции значимых других лиц, а членам группы помогает пережить аналогичные собственные конфликты.

В групповой терапевтической ролевой игре выделяют следующие фазы:

- 1) круговая беседа (выявление тем и конфликтов);
- 2) переход к игре;
- 3) распределение ролей;
- 4) фаза игры;
- 5) ролевая обратная связь, то есть рассказ о переживаниях;
- 6) вербальный анализ ролевой игры;
- 7) сообщение о понимании конфликтов;
- 8) проработка и апробация альтернативных способов переживания и поведения;
- 9) выход из роли и возвращение к реальной жизни.

Целью группы тренинга умений является выработка такого поведения, которое является приемлемым не только для индивидуума, но и для общества в целом. К основным видам жизненных умений, которым обучают в группе, относятся управление эмоциями, планирование своего ближайшего и отдаленного будущего, принятие решений, родитель-

ские функции, коммуникативные умения, уверенность в себе.

Группы тренинга умений довольно жестко структурированы, а их руководители активно руководят группой, ставя перед участниками конкретную цель и планируя каждое задание. Задачи группы тренинга умений обычно сводятся к решению двух основных проблем: избыток чего-то (много курит, пьет много спиртного, несдержан, испытывает навязчивый страх); недостаток чего-то (недостаток сна, контактов, уверенности в себе).

Рабочий процесс может быть условно разделен на следующие этапы:

- 1) постановка задачи, то есть определение поведения, которое нуждается в коррекции и тренаже;
- 2) инструктаж и обучение участников исполнению сцены запланированной ситуации;
- 3) разыгрывание ситуации;
- 4) моделирование желательного поведения;
- 5) отработка оптимального поведения в течение всего занятия;
- 6) получение обратной связи: поведение активных участников разыгрываемой сцены после занятий обсуждают остальные участники группы.

Члены группы осваивают новый для них способ поведения, наблюдая за тем, как его моделируют другие участники

или руководитель, а также за своими реакциями на моделируемое поведение. Моделирование особенно полезно, когда участники имеют очень слабое представление о том, как надо действовать в данной ситуации, чтобы их поведение было уверенным. Группы, состоящие из более опытных участников, могут сразу переходить к фазе репетиции поведения. Разыгрывая различные роли, члены группы вовлекаются в групповой процесс и приобретают новые полезные поведенческие навыки.

В группах **рационально-эмоциональной поведенческой терапии** (РЭПТ-группах) А. Эллиса большое значение придается выделению и когнитивной реконструкции иррациональных мыслей. Цель РЭПТ – дать понять членам группы, что они сами ответственны за свои трудности, помочь им выявить процесс самоограничения, который поддерживает их расстройство, отказаться от иррациональных и пораженческих взглядов на свою жизнь и заменить их более рациональными и толерантными.

Широко применяется метод «Трех колонок» А. Бека: «Автоматические мысли», «Когнитивные искажения» и «Рациональные реакции», направленный на формирование контроля за неадекватными мыслями и замену их рациональными. Используется также формула поведения «ABCDE» А. Эллиса, где А (antecedents) – активирующее событие (что предшествовало поведению); В (belief) – мнение о событии; С (consequence) – последствие (эмоциональное или поведен-

ческое) события; D (dispatng) – последующая реакция на событие (в результате мыслительной переработки); E (effect) – завершающее ценностное умозаключение (конструктивное или деструктивное).

Ведущий структурирует групповой процесс таким образом, чтобы члены группы столкнулись с необходимостью конструктивных изменений. Члены группы несут ответственность за критическое отношение к самоограничивающим способам мышления как у себя, так и других членов группы. От них ожидают продолжения напряженной работы по изменению аналогичных способов мышления за пределами группы.

Чтобы научиться отличать «мне было бы лучше» от «я должен», используется рациональная ролевая игра. Применяется моделирование, чтобы участники научились принимать различные идеи. Юмор помогает довести до абсурда иррациональные мысли. Безусловное принятие показывает членам группы, что терапевт принимает их со всеми их особенностями, что повышает и самопринятие участников.

Энергичное оспаривание терапевтом иррациональных убеждений заставляет участников заменить некоторые неадекватные идеи более разумными. Чтобы члены группы убедились в своем преувеличенном страхе перед рискованным поведением, поощряются откровенные высказывания друг о друге, разговоры на интимные темы, признания в «постыдных» мыслях и желаниях, объятия.

Членам группы предлагают вести дневник, в котором они записывают ситуации, при решении которых испытывают затруднения. В дальнейшем эти ситуации могут проигрываться в группе. Кроме того, участник получает «домашнее задание», выполнить которое он может, только участвуя в какой-то конкретной ситуации, вызывающей у него страх или неуверенность в себе.

При проведении РЭПТ в форме *марафона* первые несколько часов члены группы выполняют упражнения, направленные на то, чтобы они сблизились, шли на риск, делились самыми болезненными и «постыдными» переживаниями, испытывали сильные чувства. Когда у участников снижается уровень психологической защиты, начинается анализ эмоциональных проблем, который завершается осознанием и коррекцией неадаптивных когниций.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.