Реферат по курсу

“Психологическая помощь

при психических расстройствах”

“НЛП в психотерапии”

Часть 1.

**Общий обзор психических расстройств**

* **Шизофрения**
* **Маниакально-депрессивный психоз**
* **Эпилепсия**
* **Психопатия**
* **Неврозы**

Часть 2.

**Психотерапия при неврозах и других пограничных состояниях**

**Психотерапия при психозах**

**Психотерапия при алкоголизме**

**Психотерапия лекарственной зависимости**

Часть 3.

**НЛП в психотерапии**

**Пример: работа с фобиями в НЛП**

**Список использованной литературы**

Часть 1.

Общий обзор психических расстройств

Психические болезни обусловлены патологией головного мозга и проявляются в виде расстройств психической деятельности. К психическим болезням относят как грубые расстройства отражения реального мира с нарушениями поведения (психозы), так и более легкие изменения психической деятельности (неврозы, психопатии, некоторые виды аффективной патологии).

Причины возникновения психических заболеваний бывают внутренне обусловленные (эндогенные) и внешне обусловленные (экзогенные). Эндогенные определяются в основном конституционально-генетическими факторами. К этой группе относят шизофрению и маниакально-депрессивный психоз (МДП). Экзогенные заболевания обусловлены влиянием внешней среды. К ним относятся органические поражения головного мозга разного происхождения (например, алкогольные психозы, инфекционные психозы, сифилитические психозы, травматическая эпилепсия и т.д.) .

**Шизофрения**

Это психическое заболевание, которое протекает с быстро или медленно развивающимися изменениями личности особого типа (снижение энергетического потенциала, прогрессирующая интровертированность, эмоциональное оскудение, искажение психических процессов). Часто прогрессирование болезни приводит к разрыву прежних социальных связей, снижению психической активности, значительной дезадаптации больных в обществе.

Существует много форм шизофрении, например, шизофрения с навязчивостями, с астено-ипохондрическими проявлениями (психическая слабость с болезненной фиксацией на состоянии здоровья), паранойяльная шизофрения (стойкий систематизированный бред преследования, ревности, изобретательства и т.д.), галлюцинаторно-параноидная, простая, гебефреническая, кататоническая. При шизофрении выражено нарушение восприятия, мышления, эмоционально-волевой сферы.

У больных шизофренией отмечается снижение, притупление эмоциональности, состояние апатии (безразличие ко всем явлениям жизни). Больной становится безразличным к членам семьи, теряет интерес к окружающему, утрачивает дифференцированность эмоциональных реакций, у него появляется неадекватность в переживаниях. Имеет место нарушение волевых процессов: снижение волевого усилия от незначительного до резко выраженного, болезненного безволия.

Расстройства мышления при шизофрении характерны искажениемпроцесса обобщения, когда у больных возникает множество случайных, ненаправленных ассоциаций, отражающих чрезвычайно общие связи. При проведении многих методик у больных отмечаются резонерство, соскальзывание, непоследовательность и др. Основное внимание психолог должен уделять исследованию мышления.

**Маниакально-депрессивный психоз**

Маниакально-депрессивный психоз – это заболевание, протекающее в форме депрессивных и маниакальных фаз, разделенных интермиссиями, то есть состояниями с полным исчезновением психических расстройств. Заболевание не приводит к изменениям личности и дефектам в интеллектуальной и эмоционально-волевой сфере, несмотря на многократные рецидивы.

У подростков значительно чаще классических вариантов наблюдаются депрессии в форме психопатических эквивалентов с асоциальным поведением. В подобных случаях психологическое исследование может оказаться единственным методом, выявляющим депрессию.

Заболевание протекает в форме отдельно возникающих или сдвоенных фаз – маниакальной и депрессивной. Продолжительность отдельных фаз колеблется от нескольких дней и недель до нескольких лет. Депрессивная фаза характеризуется подавленным настроением, заторможенностью мыслительных процессов, психомоторным и речевым торможением. Для маниакальной фазы характерны: повышенное настроение, ускоренное протекание мыслительных процессов, психомоторное и речевое возбуждение.

**Эпилепсия**

Эпилепсия – это обычно хронически протекающее заболевание, характеризующееся наличием пароксизмальных расстройств, эпизодически возникающих расстройств в сознании, настроении. Заболевание в большинстве случаев приводит к постепенному изменению личности и своеобразному снижению интеллекта. На отдаленных этапах болезни могут возникать острые и затяжные психозы.

Один из характерных признаков эпилепсии – кратковременный судорожный припадок. Обычно припадок начинается внезапно. Иногда за 1-2 дня до припадка появляются предвестники: плохое самочувствие, раздражительность, головная боль и т.д.

Изменения личности по эпилептическому типу – это тугоподвижность, замедленность всех психических процессов, склонность к застреванию на деталях, обстоятельность мышления, невозможность отличить главное от второстепенного, дисфории (приступы расстройств настроения, чаще склонность к злобно-тоскливому).

Результатами болезни являются трудности с использованием нового опыта, слабость комбинаторных способностей, ухудшение воспроизведения прошлого опыта. Больные долго помнят обиду, мстят за нее. Отмечается подчеркнутый до карикатурности педантизм в отношении одежды, порядка в доме и т.п. Существенной чертой эпилептиков является инфантилизм, выражающийся в незрелости суждений, свойственная некоторым больным неадекватная религиозность. Часто встречается утрированная до слащавости, до подобострастия любезность; сочетание повышенной чувствительности, ранимости с брутальностью, злобностью. Лицо этих больных малоподвижно, маловыразительно, мимические реакции бедны, больные скупы и сдержанны в жестах.

**Психопатия**

Если акцентуация характера является крайним вариантом нормы, то психопатия – это патология характера. П.Б. Ганнушкин писал, что “психопатии – это аномалии характера, которые определяют весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный отпечаток, в течение жизни не подвергаются сколько-нибудь резким изменениям и мешают приспособиться к окружающей среде”.

Патология характера (психопатия) всегда характеризуется тремя признаками: тотальностью, стабильностью и дезадаптацией. Отсутствие хотя бы одного критерия исключает психопатию.

Существует несколько классификаций психопатий по различным признакам. Психопатии можно классифицировать по степени тяжести: тяжелая, выраженная, умеренная.

**Неврозы**

Неврозы характеризуются не только малой интенсивностью, но и малой продолжительностью. Они подходят под определение “пограничные состояния, что включает донозологические невротические расстройства, клинически оформившиеся неврозоподобные реакции и состояния, психопатии, неврозоподобные и психопатоподобные нарушения при соматических заболеваниях и другие, протекающие на невротическом уровне.

В отличие от психопатии, при неврозах страдает лишь часть личности, сохраняется критическое отношение к болезни влияниям. В настоящее время в понятие “невроз” вкладывается разное содержание. Различаются и представления о причинах возникновения неврозов.

Некоторые исследователи считают, что невротические феномены вызваны определенными патологическими механизмами чисто биологической природы. С точки зрения бихевиористов, реально существуют лишь отдельные невротические симптомы как результат неправильного научения. Экзистенциалисты вообще не считают неврозы болезнью, приверженцы гуманистический психологии говорят, что невроз – это неудовлетворенная потребность в самоактуализации, представители течения “антипсихиатрия” утверждают, что неврозы – “нормальное поведение в ненормальном обществе”. Поэтому существует множество классификаций неврозов по разным признакам.

Невроз – это “психогенное (как правило, конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психопатологических явлений”. В настоящее время большинство отечественных авторов выделяют три классические формы неврозов: неврастению, истерию и невроз навязчивых состояний.

**Неврастения.** А. Кемпински говорит, что при неврастении появившаяся слабость носит характер постоянного чувства усталости. Больной чувствует себя как после тяжелой физической работы или после тяжелого заболевания, жалуется на мышечные боли, особенно в поясничной области (повышенное напряжение этих мышц), на сердцебиения, боли в животе, расстройства половой сферы (преждевременная эякуляция, импотенция у мужчин, аноргазмия у женщин).

Головные боли проявляются в виде сжимающего обруча (неврастенический шлем), ощущается чувство давления внутри головы, сумбур в голове. Отмечаются трудности концентрации внимания и запоминания – эти нарушения являются проявлением психической усталости. С утра характерно чувство усталости, к вечеру – оживление. Больные плохо засыпают, видят кошмарные, поверхностные сны. Испытывают раздражительность, злобу, чувство исчерпанности, “вулканические” извержения гнева.

Неврастенией чаще страдают руководящие работники. Они не могут справляться со своими обязанностями, находятся в постоянном напряжении, вспыльчивы, дают противоречивые указания. Их раздражает все и вся. Для неврастении характерны спешка и скука. Больной хочет “оказаться в другом мире”, оставить в прошлом действительность, бежать от нее или разрушить. Неврастеник борется с актуальным временем, с актуальной ситуацией.

**Истерия.** Истерию называют “великой симулянткой”, так как при истерии проявляются симптомы, характерные для разных заболеваний: головная боль сильнее, чем при опухолях мозга, сердцебиения, эмоциональная возбудимость, характерные для сердечной недостаточности, припадки (истерическая дуга), напоминающие эпилепсию.

В основе заболевания лежат факторы эмоционального характера (эмоциональное состояние пациента, его травмы, конфликты). Факторы эмоционального характера, действующие на физическое самочувствие, называются конверсией. Симптомы истерии проявляются в двигательных, сенсорных и психических нарушениях:

**Невроз навязчивых состояний.** Особенностью невроза навязчивых состояний является принуждение. Чем большее оказывается сопротивление этому принуждению, тем сильнее проявляются симптомы. Волевое усилие или остается без ответа, или усиливает симптоматику (например, беспокойство, закрыл ли двери, “застревает” в голове). У больного наблюдается стремление к порядку. Нарушение порядка, ритуалов вызывает беспокойство, а ритуал защищает от страха, снижает тревогу. Отмечается тенденция к выполнению общественных норм – в противном случае возникает чувство вины. Для снижения страха больной использует талисманы, магические заклятия и т.д.

При неврозе навязчивых состояний отмечаются навязчивые мысли, действия, страхи (фобии), например, клаустрофобия (боязнь закрытых пространств), агорафобия (страх перед открытыми пространствами), эрейтофобия *(*страх покраснеть в присутствии посторонних), арахнофобия (паукобоязнь) и т.д. Возможен страх перед биологической или психологической смертью, перед загрязнением, страх острых предметов и др. В возникновении этих страхов могут быть разные психологические предпосылки: сексуальная неудовлетворенность в супружестве, скрытая агрессивность, аморальное поведение.

Часть 2.

Психотерапия при неврозах и других пограничных состояниях

Широкое применение психотерапевтических методов в лечении неврозов адекватно и объяснимо, потому что в развитии, компенсации и декомпенсации определяющая роль принадлежит психологическому фактору. Содержание, цели и задачи психотерапии при неврозах определяются той концепцией, которой придерживается психотерапевт.

Ранее (в отечественной психотерапии) была популярна концепция, согласно которой невроз есть психогенное нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особенно значимых жизненных отношений человека. Цель психотерапии – изменение нарушенной системы отношений пациента, коррекция неадекватных эмоциональных реакций и форм поведения.

В настоящее время акцент с индивидуальной психотерапии неврозов смещается на систему групповой психотерапии, которая бы позволила эффективно восстанавливать нарушенные отношения личности и перестраивать их путём воздействия на все основные компоненты отношения. При неврозах используется широкий спектр форм групповой психотерапии: групповая дискуссия, психодрама, психогимнастика, проективный рисунок, арт-терапия, двигательная терапия и др. Психотерапия проводится в малых группах по 8-12 человек или в больших (25-30 человек). Чаще всего группы организуются по принципу общего психогенного фактора в развитии заболевания, а реже – по принципу ориентации на симптом. Частота групповых занятий тоже различна – от 1 раза в день до еженедельных; оптимальная продолжительность занятий 1 – 1,5 часа.

С помощью различных методов гипнотерапии (мотивированное внушение, удлинённая гипнотерапия, гипноз-отдых и т.д.) можно также воздействовать практически на все симптомы при неврозах. Терапевтический эффект от суггестивных воздействий в гипнозе может быть получен на всех 3-х его стадиях. Гипнотерапия при неврозах также может проводиться как в индивидуальной, так и в групповой формах. Также зарекомендовало себя использование аутогенной тренировки – при неврастении, общеневротической симптоматике, нарушениях сна, состояниях тревоги и страха, выраженных фобиях и т.д.

Поведенческие методы, включённые в систему личностно-ориентированной психотерапии, являются результативными при лечении обсессивно-фобических расстройств. Рациональная психотерапия широко используется при лечении неврозов. Этот метода адресуется к логическому мышлению пациента, а в качестве лечебных факторов выступают авторитет психотерапевта, убеждение, переубеждение, разъяснение, одобрение, отвлечение и др. Изменяется неадекватное отношение пациента к неврозу, разъясняется его сущность.

Кроме вышеперечисленных, при терапии неврозов могут использоваться и другие методы, например, арттерапия. С учётом роли семейных конфликтов в развитии неврозов применяется в их комплексном лечении и семейная психотерапия в качестве одной из специфических форм. Она представляет собой процесс группового воздействия, направленного на изменение межличностных отношений и имеющего своей целью устранение эмоциональных нарушений в семье. Также семейная психотерапия приобретает важное значение при работе с психопатиями. В этом случае психотерапия осуществляется в индивидуальной или групповой форме.

При терапии пограничных психологических расстройств важно сочетание психологических и социальных воздействий. На первом этапе идёт смягчение или устранение клинических проявлений, затем происходит осознание пациентом психосоциальных механизмов болезни и перестройка нарушенных отношений личности (особенно в процессе групповой психотерапии), наконец, происходит восстановление полноценного социального функционирования при главенствующей роли социально-педагогических воздействий.

Психотерапия при психозах

Психотерапия, особенно в групповых формах, применяется при психических заболеваниях эндогенного характера. На значение психотерапии в лечении психозов указывали многие отечественные психиатры: Корсаков, Консторум, Кабанов и др. Методы и содержание психотерапии определяются своеобразием фаз, форм и типов лечения заболевания.

Основными задачами психотерапии при шизофрении являются: предотвращение изоляции больных в обществе; социальная активация и смягчение реакций пациентов в ответ на ситуации, связанные с болезнью; формирование критического отношения к болезни и т.д. Гораздо чаще, чем индивидуальная аналитическая терапия, при лечении шизофрении используются групповые формы психотерапии – групповой психоанализ, психодрама, недирективная, поведенческая, рационально-эмоциональная психотерапия и др. Считается, что поведение психотерапевта в группах больных психозами должно быть более активным и директивным, чем в группах больных неврозами, открытым, он должен взять на себя большую ответственность за события и т.п.

Также во многих случаях целесообразной оказывается краткосрочная психотерапия, ставящая перед собой реалистичные и скромные цели (например, разъяснение пациенту причин и механизмов ухудшения его состояния, оказание помощи в приобретении нового опыта, который позволит ему справляться с трудной ситуацией в будущем и т.д.). Представляет интерес опыт лечения больных хроническими психозами методом групповой психотерапии вне стен стационара, например, в парке. Пациентов при этом просят вести себя таким образом, чтобы их поведение не давало окружающим видеть в них психиатрических пациентов. И подобная форма групповой психотерапии весьма эффективна, потому что задействует дополнительные возможности изменения своего поведения у пациентов.

Применение индивидуальной и групповой психотерапии при эндогенных депрессиях даёт противоречивые результаты. Психиатры психодинамической, экзистенциальной и других ориентаций считают её необходимой.

Психотерапия при алкоголизме

Алкоголизм – хроническая болезнь, развивающаяся вследствие длительного злоупотребления спиртными напитками с патологическим влечением к ним, обусловленным психической и физической зависимостью. При этом могут наблюдаться нетипичные картины опьянения (дисфорическое, депрессивное, сомнолентное и истерическое опьянения).

Стадии алкоголизма:

1. Стадия психической зависимости. Характерны патологическое влечение к алкоголю. Психическая зависимость выпивки делаются главным интересом в жизни. Повышение толерантности к алкоголю и в связи с этим утрата количественного и ситуационного контроля. Исчезновение рвотного рефлекса. Блекауты.

2. Стадия физической зависимости. Регулярное поступление алкоголя служит необходимым для нормального функционирования организма. Алкоголь делается насущной потребностью, возникает абстинентный синдром.

3. Стадия алкогольной деградации.

Психотерапия в настоящее время считается основным методом лечения больных алкогольной зависимостью. Например, популярным является метод коллективной эмоционально-стрессовой гипнотерапии Рожнова. Гипнотическому воздействию здесь предшествуют психотерапевтические беседы, лечебное влияние которых закрепляется в удлинённых сеансах гипноза (1-1,5 часа). В состоянии гипноза вырабатывается условно-рефлекторная тошнотно-рвотная реакция на вкус и запах алкоголя. В основе многих методик лежит выработка аверсии к запаху, вкусу и виду алкоголя. Существуют методы типа вербальной аверсивной терапии, которая заключается в том, что воображаемое потребление алкоголя с помощью словесного внушения сопровождается рвотной реакцией. Этот же принцип также применяется и при лечении зависимости от никотина.

До настоящего времени продолжаются попытки использования в терапии алкогольной зависимости аутогенной тренировки. Целью её является нормализация вегетативных нарушений и снятие эмоционального напряжения. Возможно также и закрепление посредством неё аверсивной реакцией. АТ – это важный компонент терапии алкогольной зависимости, работающий как активный метод саморегуляции, самокоррекции и самовоспитания.

Для устранения чувства страха, напряжённости и неуверенности в себе, которые обычно испытывают люди, страдающие алкоголизмом, в состоянии абстиненции, используются методы поведенческой терапии, такие как систематическая десенсибилизация, тренировка самоконтроля и др. В последние годы в психотерапии алкогольной зависимости используются также техники НЛП (нейролингвистического программирования).

Большая часть методов психотерапии страдающих алкогольной зависимостью (гипнотера­пия, АТ и др.) применяется в групповой форме, что способствует повышению эффективности лечебного воздействия. Основная тенденция развития психотерапии алкогольной зависимости – от суггестивных воздействий, аверсивной терапии и разъясняющей групповой терапии к глубокому анализу личности пациента и его системы ценностей, к повышению социально-психологической адаптации и в результате этого – к отказу от употребления алкоголя.

Учитывая роль психосоциальных факторов, важнейшее место в комплексном лечении следует отвести групповой психотерапии. Основными объектами воздействия групповой психотерапии при алкогольной зависимости являются: нежелание признать себя больным, некритичность, невозможность правильно оценить влияние пьянства на личную и семейную жизнь, неспособность самостоятельно выработать правильный путь трезвеннической жизни, неадекватное представление о себе и др. Во многих исследованиях подчёркивается, что групповая психотерапия при алкогольной зависимости включается в более широкую программу лечебно-восстановительных воздействий. Задачами первого этапа являются изменение отношения к болезни, неспособности признать себя больным; задачами второго плана – коррекция интрапсихических и межличностных проблем. Особенностью групповой психотерапии при лечении алкогольной зависимости является выраженная составляющая рациональной психотерапии.

Направляемое психотерапевтом взаимодействие пациентов в группе, способствуя улучшению взаимоотношений между ними, создаёт наиболее благоприятные условия для обсуждения истории жизни пациентов, нахождения путей разрешения конфликтных ситуаций. Важным элементом является также формирование соответствующего реагирования на возможные рецидивы зависимости. Сеансы групповой психотерапии проводятся 2-4 раза в неделю по 1,5-2 часа в группах по 7-9 человек, причём работа в группах гомогенного характера считается менее эффективной. Важным показателем к групповой психотерапии является наличие у пациентов мотивации к выздоровлению и особенно к участию в работе группы.

Эффективность групповой психотерапии при алкогольной зависимости тесно связана с семейной психотерапией, выступающей в качестве важного дополнения к ней. При этом задача семейной психотерапии – выявление основных конфликтов супругов, реконструкция семейных отношений, адаптация семьи к режиму трезвости, укрепление установок больного на трезвость. Преемственность между групповой и семейной психотерапией – одна из предпосылок эффективности всей системы лечебно-восстановительных воздействий при алкогольной зависимости.

Большое психотерапевтическое влияние на формирование ремиссии оказывает участие в движении самопомощи, религиозное мировоззрение, участие в собраниях групп Анонимных Алкоголиков. Наибольшую эффективность терапия приобретает, когда она учитывает индивидуальные качества и потребности пациентов, а также сопровождается поддержкой после лечения.

Психотерапия лекарственной зависимости

Лекарственная зависимость развивается при повторном периодическом или длительном применении препаратов, наносящих вред принимающему их лицу, а нередко и обществу. Лекарственная зависимость включает 3 составляющие: эмоциональную зависимость, физическую зависимость и толерантность по отношению ко многим препаратам. Попытки дифференцировать длительное регулярное немедицинское применение препаратов на наркоманию и привыкание оказались безуспешными из-за несущественности различий. Важными определяющими развитие зависимости факторами являются особенности личности, социально-экономические условия и сам препарат.

Психотерапию проводят дифференцированно с учётом типа зависимости и личных особенностей пациентов. При “больших наркоманиях” применяют гипносуггестивную методику в сочетании с глубокой психотерапией. Основным средством помимо внушения является перевоспитывающая корректировка личности. Интересно, что метод аутогенной тренировки почти не эффективен, а в иных случаях и обратную реакцию.

Всевозрастающее внимание к личности наркомана, роли наркотика в его жизни и понимание того, что лекарственная зависимость является часто выражением личностных проблем пациента, обусловливают более активное использование групповой психотерапии в системе лечения наркомании. Такой метод лечения показан пациентам, страдающим из-за постоянного чувства дискомфорта и наличия аффективных нарушений. Положительный эффект групповой психотерапии пациентов с лекарственной зависимостью отмечен многими авторами, но при выраженной недоверчивости и затруднениях в налаживании контактов ей обычно предшествует в качестве подготовительного этапа психотерапия индивидуальная.

Часть 3.

Нейролингвистическое программирование (НЛП) в психотерапии

Я считаю, что в контексте психотерапевтической помощи при психических расстройствах рассмотреть то, как НЛП (нейролингвистическое программирование) может быть в этом полезно. НЛП как направление современной практической психологии обладает разработанными эффективными методами, постоянно самосовершенствуется и развивается. Возможности НЛП даже шире, чем применение в психотерапии – это разработка новых подходов к обучению, развитие способностей человека, выявление наиболее интересных и успешных моделей поведения и мышления людей, повышение личностной эффективности в профессиональной деятельности и т.д..

Возможность работать с внутренней реальностью человека, позволила НЛП далеко продвинуться в области психотерапии. Благодаря тому, что использование методов НЛП позволяет психотерапевту “проникнуть за симптом” и выйти на уровень работы с мыслительными стратегиями человека, НЛП может удовлетворить достаточно обширные запросы людей.

НЛП относится к процессу психотерапии как к обучению. Это означает, что если человек столкнулся с затруднениями и решил прийти за помощью к психотерапевту, то к данному моменту он использовал все известные ему методы разрешения этой трудности. Участвуя в тех или иных действиях, предлагаемых психотерапевтом, человек не только решает поставленную перед собой задачу, но и обучается новой стратегии, которая в будущем может помочь ему самому справляться с подобными ситуациями.

Одним из основополагающих взглядов НЛП в области психотерапии является убеждение в том, что каждый человек обладает всеми внутренними ресурсами для решения всех своих задач и достижения всех своих целей. Работа психотерапевта заключается в технологической организации процесса, который позволил бы пациенту найти и закрепить в себе скрытые ресурсы и возможности, нужные для продвижения к намеченной цели.

Другой важный подход, отличающий НЛП от многих других направлений психотерапии, это уверенность в том, что любых изменений можно достичь достаточно легко и с наименьшими негативными переживаниями. Характерным примером может служить работа в технике “Быстрое лечение фобий”, в которой человек вместо повторного проживания своего испуга до полуобморочного состояния, может позволить себе от души посмеяться.

Диапазон симптомов, с которыми обычно обращаются к НЛП-психотерапевтам, достаточно широк. В частности, это и зависимости (курение, алкоголизм, наркомания) и вредные привычки, фобические реакции (страх высоты, темноты, одиночества, страх после аварий, катастроф и стихийных бедствий), соматические аллергии, контроль веса и различные психосоматические заболевания (язвенная болезнь желудка, мигрень, гипертоническая болезнь, многие сексуальные расстройства и др.), депрессивные состояния и др. Как показывает зарубежный опыт, использование подходов и методов НЛП в психоневрологических клиниках дает устойчивые положительные результаты.

Также одной из отличительных особенностей НЛП является то, что психотерапевт большую часть времени уделяет детальной и качественной проработке “желаемого результата” клиента, потому что часто, приходя к психотерапевту, пациент слабо представляет, что ему действительно нужно.

Особенности работы НЛП в психотерапии выражаются в используемой модели “SCORE”, что является аббревиатурой английских слов: Симптомы, Причины, Результаты, Ресурсы, Эффекты. Это минимальное число элементов, о которых НЛП-психотерапевт собирает информацию для получения устойчивых изменений; это траектория его движения при работе с пациентом. Первое с чего начинает работу НЛП-психотерапевт – сбор информации о Симптомах пациента. Следующий шаг – всесторонний сбор информации о Желаемом Состоянии/Цели пациента. За ним следует этап проверки Эффектов, которые могут последовать за достигнутым результатом. В случае если эффекты позитивны, то они увеличивают мотивацию человека к достижению своей Цели. Если же часть эффектов окажется негативной, то всегда можно вернуться на шаг назад дополнить и переформулировать цель. Далее у психотерапевта есть выбор: при возможности получения изменений без работы с Причинами, он может сразу собирать информацию о Ресурсах, нужных пациенту для продвижения к его цели. Работа с Причинами по возможности сводится к минимуму, и в это время психотерапевт максимум внимания уделяет сохранению позитивного состояния клиента. Такая последовательность работы позволяет собрать всю нужную для изменений информацию наиболее коротким путем, а также сделать всю сессию для пациента наиболее легкой и приятной.

Важный вклад, внесённый НЛП в психотерапию – это вопрос экологичности любых изменений. Порой человек так стремится избавиться от проблемы, что совершенно забывает подумать о последствиях этих изменений. Поэтому иногда полученные “благие изменения” перечеркивают все то хорошее и полезное, что было у человека раньше. Например: ожесточенная борьба с лишним весом может привести к анорексии (полному исхуданию). Другим примером неэкологичных изменений может служить работа с зависимостями и навязчивым поведением, которая обычно сводится к устранению этого “негативного поведения”. Например, бросив курить, человек становится более раздражительным, менее работоспособным и малообщительным. Он потерял привычный для него способ успокоиться и расслабиться во время курения, он больше не находят повода, чтобы сделать перерыв в работе, ему трудно общаться с незнакомыми людьми без сигареты в руках. Подобный набор неучтенных выгод, сопровождающий “вредную привычку”, может привести к возвращению старого симптома или его замещению. В случаях, аналогичных этим (алкоголизм, наркомания, переедание и др.), очень важно, убирая старую, неприятную человеку реакцию, заменять ее такой, которая была бы более эффективна прежней и сохраняла бы ее позитивные эффекты.

Пример: работа с фобиями в НЛП

Травмирующее событие в прошлом опыте, о котором трудно даже подумать, не испытав при этом неприятных ощущений, может создать фобию, когда предмет или ситуация вызывает внезапное паническое состояние, обусловленное ассоциацией с прошлой травмой. Фобии могут принимать самые разнообразные формы: боязнь пауков или открытых пространств, страх перед полетами и т.д. Какой бы ни была причина, реакцией является подавляющее беспокойство. В некотором смысле фобия является достижением, сильной обусловленной реакцией, закрепившейся, как правило, после единственного переживания. Люди не забывают проявлять фобические реакции.

Традиционными методами фобия может лечиться в течение многих лет, в НЛП же есть техники, с помощью которой фобия может быть устранена буквально за один сеанс. Из этих техник я изложу две наиболее известные – “визуально-кинестетическую (В/К) диссоциацию” и “технику взмаха”.

**Визуально-кинестетическая диссоциация**

Самый простой способ снова пережить неприятные ощущения от прошлого события заключается в том, чтобы вспомнить его в виде ассоциированного образа. Человек должен быть “там”, глядя на все, что его окружало, своими собственными глазами и переживая те ощущения вновь. Чтобы ослабить ощущения в настоящем, в НЛП применяется метод воспоминания ситуации с диссоциированием от нее, когда пациент смотрит на себя в той ситуации со стороны. Диссоциирование позволяет сглаживать неприятные ощущения, связанные с прошлыми событиями, так что вы он сможет смотреть на них отстранённо. Как я уже заметил, это применяется при работе с фобией или каким-то очень неприятным воспоминанием.

1. Поскольку пациенту предстоит трудное путешествие в свое прошлое, терапевт устанавливает сильный якорь на состояние безопасности. Он может либо поставить якорь на состояние “здесь и сейчас”*,* либо попросить пациента подумать ассоциированно о прошлом опыте, когда он чувствовал себя в безопасности. Пусть он увидит всю сцену, услышит звуки и ощутит спокойствие и уверенность. Эта уверенность закрепляется кинестетическим якорем (прикосновением). При этом психотерапевт должен убедиться в том, что его прикосновение возвращает пациенту ощущение уверенности.

2. Психотерапевт просит пациента вообразить себя находящимся в кино или смотрящим телевизор с неподвижным, застывшим изображением на экране. Когда это будет сделано, нужно будет мысленно выплыть из своего тела, чтобы увидеть себя, смотрящего на экран, со стороны.

3. Пусть пациент начинает возвращаться назад по своей временной линии к тому неприятному событию или к самому первому случаю, положившему начало фобии. Если ему нелегко найти первый случай, следует остановиться на самом раннем из вспоминаемых. Как бы “просмотреть фильм” об этом неприятном событии, начиная с того момента, когда он был еще в безопасности перед случившимся, закончив на том кадре, когда опасность уже миновала и он снова оказался в безопасности. На выполнение этого этапа потребуется достаточно времени. Пациент будет видеть действие в состоянии двойной диссоциации, наблюдая себя, который смотрит на себя более молодого, переживающего то событие на экране. Двойная диссоциация поддерживает необходимую эмоциональную отстранённость. Если психотерапевт видит признаки возвращения фобического состояния, то он просит пациента “затемнить экран” и начать просмотр фильма снова, предложив ему изменить субмодальности картинки на экране (например, сделать ее более темной, маленькой и отдалить от себя, чтобы уменьшить силу негативных ощущений). Эта работа направлена на то, чтобы войти в согласие со своим собственным переживанием.

Если в какой-то момент пациент вновь провалится в состояние фобической реакции, нужно вернуться в состояние “здесь и сейчас”*,* восстановить комфортное состояние (используя “якорь”) и начать сначала. Психотерапевт должен снова успокоить пациента примерно следующими словами: “Вы сейчас в безопасности. здесь, и просто притворяетесь, что смотрите фильм”. Этот этап будет завершен, когда пациент “просмотрит фильм” полностью, будучи в состоянии комфорта.

4. Когда фильм закончится, психотерапевт поздравляет пациента с тем, что тому в первый раз удалось пережить это, не проваливаясь в старые негативные ощущения, и теперь он может опять “вернуться в свое тело”. При этом происходит интеграция позиции отстраненного наблюдателя с самим собой.

5. Теперь пациент воображает себя (при этом обладающего большими ресурсами, силой и знаниями) переходящим на экран, чтобы передать более молодому самому себе ту поддержку и одобрение, в которых тот нуждается, чтобы справиться с инцидентом. Он может успокоить себя молодого словами: “Я из твоего будущего, я знаю, что ты переживешь это, и все будет хорошо. И тебе никогда не придется переживать это снова”

**Техника взмаха**

Эта техникаизменяет проблемное состояние или поведение, предлагая пациенту новое направление. Она не просто заменяет одно поведение другим, а производит порождающее изменение. Техника работает со специфическим поведением, от которого пациент хотел бы избавиться, или реакцией, которую он не хотел бы воспроизводить. “Взмах” легче всего проводить с визуальными образами, хотя можно осуществить его и в аудиальной и кинестетической системах. Например, эту технику хорошо применять в работе с фобическими реакциями или нежелательными привычками.

1. Прежде всего нужно определить то конкретное поведение, которое требуется изменить –например, фобическая реакция.

2. Отнестись к этому ограничению как к достижению. Психотерапевт предлагает пациенту объяснить то, как он узнаёт, когда следует запускать проблемное поведение? Какие конкретно стимулы вызывают его? Психотерапевт предлагает пациенту вообразить, что тому необходимо “научить” кого-нибудь этому ограничению. Начать при этом нужно со всегда существующего и вполне определенного и конкретного стимула*,* запускающего эту реакцию.

3. Идентифицировать хотя бы 2 визуальные субмодальности запускающей картинки, которые изменяют реакцию пациента на неё (например, хорошо работают “размер” и “яркость”). Необходимо испытать эти 2 субмодальности на другом образе, чтобы убедиться, что они создают желаемый эффект.

4. Далее пациенту предлагается подумать о том, каким бы он хотели стать – то есть человеком, который реагировал бы уже по-другому и не имел бы этих ограничений. Каким бы он увидел себя, уже совершив желаемое изменение? Наверняка у него появилось бы больше выборов, он приобрёл бы новые способности и т.п. Это должен быть его собственный образ, обладающий желаемыми качествами, а не просто конкретное поведение. Картинка должна быть диссоциированной, чтобы мотивировать и привлекать к себе.

Психотерапевту необходимо убедиться в том, что новый образ является экологическим, что он согласуется с личностью пациента, его окружением и отношениями с другими людьми. Возможно, потребуется сделать некоторые регулировки этого образа. Образ “Я” должен быть уравновешенным, правдоподобным и не связанным тесно ни с какой конкретной ситуацией. Также он должен являться достаточно притягивающим и производить значительные сдвиги к более позитивному состоянию.

Затем необходимо прервать это состояние и подумать о чем-нибудь другом.

5. Теперь пациенту надо сделайте картинку-стимул большой и яркой (если размер и яркость оказались критическими субмодальностями). В углу этой картинки нужно поместить маленькую темную фотографию нового образа “Я”. Теперь пациент должен взять большой и яркий образ ограничения и очень быстро превратить его в маленький и тёмный. В свою очередь, новый образ “Я” нужно сделать ярким и большим. Скорость является здесь существенным моментом – стирание старого образа и рост нового должны в идеале происходить одновременно. Может оказаться полезным параллельно вообразить или же на самом деле произнести некий звук, изображающий этот процесс. Звук как бы отражает то возбуждение, которое пациент испытывает от превращения в новый образ “Я”. “Экран” очищается, и упражнение повторяется в быстром темпе несколько раз*.*

Если “взмах” не работает после пяти повторений, упорствовать не нужно; вместо этого психотерапевт должен помочь пациенту задействовать свою креативность, попробовать подобрать другие критические субмодальности, или изменить желаемый образ “Я” в сторону большей притягательности.

6. Выполнив предыдущие шаги, нужно испытать результат путём “присоединения к будущему”. Вызывает ли стимул ту же самую реакцию? В следующий раз, когда пациент окажется в такой ситуации, ему необходимо пронаблюдать за новой реакцией.

**Список использованной литературы**

Т. П. Пушкина. **“Медицинская психология”.** Новосибирск, 1996.

**“Психотерапевтическая энциклопедия”** (п/р Б.Д. Карвасарского). СПб, 1998.

Б.Д. Карвасарский. **“Неврозы”**. М., 1990

Б.Д. Карвасарский. **“Психотерапия”**. М., 1985

Дж. О’Коннор, Дж. Сеймор. “**Введение в нейролингвистическое программирование:** Новейшая психология личного мастерства”. Челябинск, 1997.

Ян Мак-Дермотт и Дж. О’Коннор. **”НЛП и здоровье. Использование НЛП для улучшения здоровья и благополучия”.**

А.В. Герасимов. **“НЛП в рамках психотерапии”.** Московский Центр НЛП, **http://www.aha.ru/~nlp**

Р.Д. Лэнг. **Расколотое "Я"**. СПб, 1995.

**“Руководство по психиатрии”** (п/р В.Е. Рожнова). Ташкент, 1985